PSICÓGENESIS
DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

CARL GUSTAV
JUNG

OBRA COMPLETA
VOLUMEN 3

EDITORIAL TROTTA

C. G. JUNG

OBRA COMPLETA

VOLUMEN 3

Psicogénesis de las enfermedades mentales

C. G. JUNG

Traducción de Luciano Elizaincín

EDITORIAL TROTTA

CARL GUSTAV JUNG
OBRA COMPLETA

TÍTULO ORIGINAL: PSYCHOGENESE DER GEISTESKRANKHEITEN

FERRAZ, 55. 28008 MADRID
TELÉFONO: 91 543036T
FAX: 91 5431488
E-MA1L: EDITORIAL@TROTTA.ES
HTTP//: WWW.TROTTA.ES

DISEÑO DE COLECCIÓN
GALLEGO & PÉREZ -ENCISO

ISBN: 978-84-8164-298-8 (obra completa, edición en rústica)
ISBN: 978-84-9879-608-7 (volumen 3, edición en rústica)
DEPÓSITO LEGAL: M-33374-2OI5

ISBN: 978-84-8164-344-2 (obra completa, edición en tela)
ISBN: 978-84-9879-609-4 (volumen 3, edición en tela)
DEPÓSITO LEGAL: M-33375-2015

IMPRESIÓN
GRUPO GRÁFICO GÓMEZ APARICIO

CONTENIDO

PRÓLOGO DE LOS EDITORES

Los ensayos de C. G. Jung sobre la psicogénesis de las enfermedades mentales pertenecen, en su mayoría, a las publicaciones tempranas del autor. Aparecieron como primer punto culminante dentro de su trabajo aún preponderantemente psiquiátrico. Su importancia para la comprensión del trabajo de investigación de C. G. Jung todavía no puede valorarse en su justa medida. A pesar de que algunos aspectos tienen actualmente un interés principalmente histórico, en conjunto no han perdido en modo alguno su importancia en el campo de la psiquiatría. Medio siglo después, las investigaciones y ulteriores propuestas del autor siguen aguardando su desarrollo y experiencia.

Los primeros dos ensayos, los más extensos, *Sobre la psicología de la* dementia praecox y *El contenido de la psicosis,* surgen del periodo fructífero en que Jung trabajó en Burghólzli, sanatorio del cantón de Zúrich y clínica universitaria psiquiátrica. Las publicaciones, maduradas por el encuentro y la colaboración con Auguste Forel y Eugen Bleuler, le aseguraron de una vez y para siempre su rango en la investigación psiquiátrica. También Sigmund Freud empezó a interesarse por Jung debido a estos escritos, lo que originó el encuentro y durante un tiempo el vivo intercambio de ideas entre ambos pioneros en el ámbito de la psicología profunda. De todos modos, la concepción de Jung de las enfermedades mentales lleva el germen que condujo a su rechazo vital y decidido del psicoanálisis.

La investigación del mundo de representaciones de la esquizofrenia sugiere a Jung las hipótesis de la energía psíquica y de lo inconsciente colectivo con sus contenidos arquetípicos, experien-

cias y conceptos que han revelado ser muy fructíferos en su trabajo posterior. Jung considera que ni la teoría sexual de la libido, que conduce finalmente al narcisismo, ni tampoco la de una génesis hereditaria o personal, explican satisfactoriamente los fenómenos típicos del proceso disociativo de estas enfermedades psicóticas: el torrente de imágenes y la degeneración de las funciones psíquicas.

De hecho, Jung fue uno de los primeros en llevar a cabo psicoterapias individuales con pacientes esquizofrénicos. Ya a comienzos de este siglo investigó las relaciones psicológicas entre el personal y la administración del establecimiento, por un lado, y la evolución de la enfermedad de sus pacientes, por otro, extrayendo las correspondientes conclusiones para el tratamiento. En la actualidad se reconocen de forma más o menos universal las innovaciones en la atmósfera del establecimiento introducidas en aquel entonces, que confirman los resultados favorables previstos por Jung.

En el ensayo *Nuevas consideraciones sobre la esquizofrenia* (1959) Jung constata con pesar que desde sus propias publicaciones tempranas los conocimientos sobre la esencia de esta enfermedad mental han seguido siendo fragmentarios y a lo sumo pueden exponerse como esbozos en relación con estudios de casos particulares.

Éste es el primer volumen en que no han podido participar las editoras Marianne Niehus-Jung y Lena Hurwitz-Eisner, lamentablemente fallecidas. Les debemos sincero agradecimiento a ambas, especialmente a Marianne Niehus, quien, junto a los editores angloamericanos, ha desempeñado una decisiva labor preparatoria a través de los años. Klaus Thiele-Dohrmann tradujo al alemán los trabajos IV, V y VII, redactados en inglés. Marie-Luise Attenhofer y Jost Hoerni se encargaron de elaborar los índices de nombres y temático. Les expresamos nuestro agradecimiento por su minucioso trabajo.

En representación de los editores
F. N. Riklin

1

SOBRE LA PSICOLOGÍA DE LA *DEMENTIA PRAECOX:* UN ENSAYOS-

PRÓLOGO

Esta obra es el fruto de tres años de investigación experimental y de observaciones clínicas. Debido a la dificultad y a la extensión del tema, mi trabajo no pretende agotarlo ni tampoco que las conclusiones y afirmaciones posean una seguridad completa; antes bien, este trabajo reúne todas las desventajas del eclecticismo, y es posible que a algún lector le llamen tanto la atención como para pensar que mi escrito es más bien una confesión de fe que un libro científico. *Peu importe!* Lo importante es que logre mostrar a mis lectores de qué modo he llegado a determinadas intuiciones a través de la investigación psicológica, intuiciones que considero adecuadas para proponer una dirección nueva y fructífera a las preguntas acerca de los fundamentos psicológicos individuales de la *dementia praecox.* Mis intuiciones no son espectros de una fantasía meditabunda, sino pensamientos que han madurado en el contacto casi diario con mi respetado jefe, el profesor doctor Bleuler. Debo agradecer especialmente a mi amigo el doctor Riklin de Rheinau por el notable enriquecimiento de mi material empírico. Incluso una mirada superficial a las páginas de mi trabajo revela cuánto debo agradecer a las concepciones geniales de Freud. Puesto que Freud aún no ha alcanzado un justo reconocimiento y dignidad, sino que continúa siendo combatido por círculos muy influyentes, permítaseme precisar brevemente mi posición frente a él. Fue a través de la lectura

* Publicado por primera vez en la Verlagsbuchhandlung Cari Marhold, Halle S., 1907.

como descubrí a Freud, y en primer lugar y de manera fortuita su *Interpretación de los sueños*^ a partir de allí comencé a estudiar sus restantes escritos. Puedo asegurar que desde el principio mismo me hice todas las objeciones que la literatura especializada suele esgrimir contra Freud. Pero me dije que solamente puede refutar a Freud quien haya utilizado en muchos casos el método psicoanalítico y quien investigue realmente como lo hace Freud, esto es, quien observe la histeria y el sueño con paciencia y durante un periodo prolongado, desde *su* punto de vista. El que no lo haga o no pueda hacerlo, no debería juzgar a Freud, pues de lo contrario actuaría como los tristemente célebres hombres de ciencia que rehusaban mirar por el telescopio de Galileo. Ser justos con Freud no significa, como temen muchos, someterse incondicionalmente a un dogma; uno puede reservarse siempre un juicio independiente. Cuando, por ejemplo, reconozco mecanismos del complejo del sueño y de la histeria, esto no significa en absoluto que admita que el trauma sexual de la juventud posea una importancia exclusiva, como al parecer hace Freud; tampoco significa que le otorgue un papel tan preponderante a la sexualidad o que incluso le conceda la universalidad psicológica que postula Freud, como parece hacer teniendo en cuenta el papel decisivo que la sexualidad juega en la psique. En lo referente a la terapia freudiana es, en el mejor de los casos, una entre las muchas posibles y quizá no siempre ofrezca lo que se le presupone teóricamente. Pero todas estas cuestiones son menores y desaparecen totalmente si consideramos los principios psicológicos cuyo descubrimiento es el mayor legado de Freud y a los que la crítica ha prestado muy poca atención. Quien quiera actuar con justicia frente a Freud debe proceder según las palabras de Erasmo: *Unumquemque move lapidem, omnia experire, nihil intentatum relinque* [Remueve hasta la última piedra, recurre a todo, que nada quede sin intentar].

Dado que mi trabajo se apoya frecuentemente en investigaciones experimentales, sepa disculpar el lector si encuentra demasiadas referencias a los *Estudios diagnósticos de asociación* editados por mí.

Zúrich, julio de 1906

C. G. JUNG

1. EXPOSICIÓN CRÍTICA DE LAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA PSICOLOGÍA DE LA *DEMENTIA PRAECOX*

1 En aras de una interpretación de los trastornos *psicológicos* en la *dementia praecox* la literatura ofrece meros gérmenes, que en parte llegan lejos, pero que nunca tienen una conexión explícita entre sí. Todos los datos de los autores más antiguos poseen un valor condicionado, ya que se refieren ora a ésta, ora a aquellas enfermedades que difícilmente pueden subsumirse bajo la *dementia praecox.* Por tanto, no puede presuponerse que estos datos tengan validez universal. La primera visión algo más general sobre la esencia del trastorno psicológico en la catatonia es, hasta donde yo sé, la de Tschisch (1886)[1], quien señaló como esencial la *imposibilidad de la atención.* Freusberg[2] propone una visión similar, aunque concebida de otra manera: las acciones automáticas de los catatónicos están unidas a un estado de debilitamiento de la consciencia, que ha perdido su dominio sobre los sucesos psíquicos. El trastorno motor es solamente una expresión sintomática del grado de la tensión psíquica.

2 Para Freusberg, por tanto, los síntomas motores catatónicos dependen de los fenómenos psicológicos correspondientes. El debilitamiento de la consciencia apunta en la misma dirección que la moderna concepción de Pierre Janet. También Kraepelin[3] y Aschaffenburg[4] constatan el trastorno en la atención, asimismo Ziehen y otros; en 1894 nos topamos por primera vez con un trabajo de psicología experimental que tiene por objeto a la catatonia: se trata de la investigación de Sommer *Zur Lehre von der «Hemmung» geistiger Vorgdnge* [Para una doctrina de la «inhibición» de los procesos mentales][5] [6]. El autor realiza las siguientes consideraciones, que poseen una importancia general:

1. El curso de las representaciones se enlentece.
2. Las imágenes presentadas al paciente ocupan hasta tal punto su atención que se libera de ellas con bastante dificultad.

3 Sommer explica los *bloqueos* frecuentes (prolongaciones del tiempo de reacción) en este caso mediante la *fascinación óptica*^. El estado de dispersión en personas normales muestra ocasionalmente

1. Según Amdc, *Über die Geschichte der Katatonie,* pp. 81 ss.
2. *Über motorische Symptome bei einfachen Psychosen,* pp. 757 ss.
3. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende undArzte.*
4. Cf. *Bericht über die 28. Versammlung des südiuestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe, 6¡7 November 1897, pp. 60* ss.
5. Pp. 234 ss.
6. P. ej. Leupold, quien trabajó recientemente este síntoma, llama al fenómeno «el síntoma de nombrar y de palpar» *(Zur Symptomatologie der Katatonie).*

fenómenos similares. (El «asombro», «mirar fijamente».) Gracias a esta analogía del estado catatónico con la dispersión normal, Sommer constata algo similar que Tschisch y Freusberg, a saber: la *disminución de la atención.* Otro fenómeno cercano a la fascinación óptica es, según Sommer, la catalepsia, que considera «en todos los casos como un fenómeno totalmente condicionado por la psique». Con esta concepción, Sommer se coloca en las antípodas de la visión de Roller, a quien se une también incondicionalmente Clemens Neisser.

4 Roller dice: «Las representaciones y sensaciones que en la demencia se abren paso hacia la percepción, hacia la entrada en el campo visual de la consciencia, son aquellas que se disuelven mediante el estado enfermo de los centros subordinados, y cuando entra en funcionamiento la apercepción activa, la atención, ésta resulta impedida por las percepciones enfermas», etcétera[7].

5 Inmediatamente después Neisser señala a este respecto: «Hacia donde miremos en la locura, siempre volvemos a chocar con otra cosa, con lo extraño; son sucesos no explicables mediante la analogía de la vida anímica sana. El mecanismo lógico en la locura no se pone en movimiento a través de la actividad psíquica aperceptiva o la asociación consciente, sino por medio de unos estados de excitación patológicos que se encuentran por debajo del umbral de la consciencia»[8]. Por tanto, Neisser secunda la concepción de Roller. Esta visión no me parece estar a salvo de toda objeción. En primer lugar, se apoya en una concepción anatómica del acaecer psíquico, frente a la cual toda advertencia es poca. Ignoramos completamente qué importancia pueden tener los «centros subordinados» para el surgimiento de los elementos psicológicos (representaciones, sensaciones, etc.). Por consiguiente, una explicación de este tipo desemboca en meras palabras.

6 En segundo lugar, la visión de Roller y Neisser parece tener como fundamento la concepción de que más allá de la consciencia se termina la psique, por así decirlo. De la psicología francesa y de las experiencias del hipnotismo se puede aprender que éste no es el caso.

7 En tercer lugar, Neisser, con sus «estados de excitación patológicos que se encuentran por debajo del umbral de la consciencia», está hablando, si no me equivoco, de los procesos celulares de la corteza. Esta hipótesis va demasiado lejos. Todos los procesos psíquicos son correlatos de procesos celulares (tanto desde la concep-

7. Citado según Neisser, *Über die Katatonie,* p. 61.

8. También Ernst Meyer *(Beitrag zur Kenntnis der acut entstandenen Psychosen)* se opone a esta visión, antaño defendida por Kraepelin.

ción materialista como desde el paralelismo psicofísico). Por tanto, no tiene nada de singular que también los procesos psíquicos de la catatonía sean correlatos de una serie física. Sabemos que la serie psíquica normal se desarrolla bajo el influjo permanente de innumerables *constelaciones* psicológicas de las que normalmente no somos conscientes. ¿Por qué tendría que desaparecer repentinamente esta ley fundamental de la psicología en el caso de la catatonía? ¿Acaso porque el contenido catatónico de representaciones es ajeno a la consciencia? ¿No sucede exactamente lo mismo con nuestros sueños? Y sin embargo nadie se atrevería a sostener que los sueños sin constelación psicológica surgen en cierto sentido directamente desde la célula. El que haya analizado una sola vez sus sueños según el método freudiano sabe cuán fuerte es el influjo de la constelación precisamente en este punto. La aparición en la consciencia de representaciones extrañas sin una relación demostrable con representaciones anteriores no es algo escandaloso para la psicología normal ni tampoco para la histérica. Las «ocurrencias patológicas» de los catatónicos poseen abundantes analogías con las de las personas sanas e histéricas. (Véase más abajo.) Lo que nos falta no es tanto material empírico que pueda compararse, sino más bien la llave que logre abrir la psicología del automatismo catatónico. En general me parece bastante osado aceptar en las ciencias naturales algo novedoso *toto coelo* y absolutamente extraño.

8 En la *dementia praecox*$_y$ en donde realmente existen innumerables asociaciones normales, debemos esperar que durante mucho tiempo sigan interviniendo las leyes de la psique normal antes de que conozcamos aquellos procesos, seguramente muy precisos, que son verdaderamente específicos. Ahora bien, nuestros conocimientos de la psique sana se encuentran lamentablemente en un estadio muy primitivo, para gran perjuicio de la psicopatología, en que se empieza a estar de acuerdo acerca de la ambigüedad de los conceptos empleados.

9 Debemos otros estímulos fructíferos a las investigaciones de Sommer[9] sobre las *asociaciones* de los catatónicos. En ciertos casos de catatonía las asociaciones transcurren con carácter normal para ser de repente interrumpidas por un enlace de las representaciones aparentemente inconexo, peculiar y artificial, como muestra el siguiente ejemplo[10]:

9. *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden.*

10. *Lehrbuch,* p. 362. Fuhrmann aporta últimamente algunos experimentos de asociación en el caso «de un atontamiento juvenil agudo» sin resultados significativos. *(Über acute juvenile Verblödung,* pp. 817 ss.).

Oscuro: verde
blanco: marrón
negro: *Buenos días, Wilhelm*
rojo: marrón

10 Diem[11] también pudo confirmar estas asociaciones inesperadas; las clasifica como «ocurrencias» repentinas. Sommer las considera con razón como un *criterio importante de la catatonía.* Las «inspiraciones patológicas», como las describe Breukink[12] apoyándose en Ziehen, podrían encontrarse sin dificultad en el material de manicomio, que es donde estos autores las han observado, y exclusivamente en los casos de *dementia praecox^* sobre todo en el caso de formas paranoides las «ocurrencias» de este tipo juegan un papel bien conocido. Las «ocurrencias patológicas» de Bonhoeffer[13] podrían referirse en principio a un fenómeno similar. La pregunta suscitada por el descubrimiento de Sommer es algo que obviamente está lejos de ser resuelto, pero de todos modos debemos intentar, antes de que sepamos algo más, encontrar un denominador común para los diferentes fenómenos observados por los autores y transmitidos con nombres muy parecidos. Aunque para la experiencia clínica las «ocurrencias patológicas» parecen presentarse únicamente en el terreno de la *dementia praecox* (dejamos de lado naturalmente los repentinos falseamientos de la memoria de la demencia orgánica y el complejo sintomático de Korsakov), desearía llamar la atención sobre el hecho de que en el terreno de la *histeria* —cierto es que en casos que no acaban en las instituciones— las «ocurrencias patológicas» juegan con frecuencia un papel importante. Flournoy[14] refiere los ejemplos más interesantes. He observado similares irrupciones repentinas del cambio de la actividad psicológica en un caso muy claro de histeria[15], y recientemente pude volver a constatarlo en un caso parecido. Como he demostrado, el trastorno repentino de la asociación a través de la irrupción de representaciones conectadas de forma extraña es algo que también aparece en los sujetos normales[16]. En el caso de la asociación repentina o de la «ocurrencia patológica» podría tratarse, por tanto, de un fenómeno psicológico

11. *Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex).*
12. *Über eknoische Zustande.*
13. *Über den pathologischen Einfall. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Degenerationszustande.*
14. *Des Indes a la planéte Mars. Étude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie* y *Nouvelles Observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie,* pp. 101 ss.
15. *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* [OC 1,1].
16. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV.

extendido universalmente que, de todas formas —y dándole la razón a Sommer—, aparece en su forma más aguda en la *dementia praecox.*

H En sus investigaciones sobre las asociaciones de catatónicos Sommer encontró además numerosas *asociaciones sonoras* y *estereotipos,* entendiendo por estereotipia la repetición frecuente de reacciones anteriores. (En nuestros experimentos lo llamamos «repetición».) Los tiempos de reacción presentaron enormes oscilaciones.

12 En 1902 Ragnar Vogt[17] vuelve sobre el problema de la consciencia catatónica: parte de las investigaciones de Müller y Pilzecker[18] y toma en consideración fundamentalmente sus observaciones sobre la «perseveración». La persistencia de los sucesos psíquicos (o de sus correlatos), incluso cuando en la consciencia ya hayan sido disueltos por otras representaciones, es, según Vogt, la analogía normal con los procesos de perseveración catatónica (verbigeración, catalepsia, etc.). Por lo tanto, en la catatonía sería especialmente notable la capacidad de perseveración de las funciones psicofísicas. Ahora bien, debido a que en las investigaciones de Müller y Pilzecker la perseveración aparece solamente de manera clara cuando no se impregna ningún contenido nuevo en la consciencia[19], Vogt supone que en la catatonía la perseveración se ve posibilitada porque en la consciencia no se produce ningún otro suceso interesante. Debe aceptarse, por consiguiente, un cierto *estrechamiento de la consciencia.* Y esto también nos ayuda a comprender por qué los *estados hipnóticos y catatónicos* poseen cierta similitud entre sí[20] [21]. Vogt explica las acciones impulsivas de los enfermos también por la estrechez de la consciencia, que impide la intervención de inhibiciones. Este investigador se encuentra evidentemente bajo la influencia de Pierre Janet, para quien «estrechamiento de la consciencia», «disminución de la atención» es igual a *abaissement du niveau mental*[11]. Aunque aquí volvemos a toparnos, bajo una forma algo más moderna y universal, con la visión de que la atención en la catatonía —o para expresarlo

17. *Zur Psychologie der katatonischen Symptome,* pp. 433 ss.

18. *Experimentelle Beitrage zur Lehre vom Gedachtnis.*

19. En el estado de distracción aumentan con frecuencia las perseveraciones en los experimentos de asociación. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* I, y los interesantes experimentos de Stransky en *Über Sprachverwirrheit',* además del preciso trabajo de Heilbronner *Über Haftenbleiben und Stereotypie,* pp. 293 ss., quien defiende puntos de vista teóricos similares.

20. Remito aquí al trabajo de Kaiser, *Beitrage zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie,* pp. 957 ss.

21. Janet, *Les Obsessions et la psychasthénie* I, pp. 514 ss. Janet ya adopta un punto de vista similar en los trabajos tempranos *Néuroses et idées fixes* y *L'Automatisme psychologique.*

de modo general: el rendimiento psíquico positivo[22]— se encuentra distorsionado. Es interesante la alusión a la similitud con los estados hipnóticos, aunque Vogt lo expone lamentablemente sólo a grandes rasgos.

13 Evensen[23] expresa opiniones similares. Este autor establece un hábil paralelismo entre catatonía y dispersión. La escasez de representaciones en el caso de un campo de consciencia estrecho es la base de la catalepsia, etcétera.

14 La tesis de René Masselon es una investigación minuciosa y exhaustiva de la psicología catatónica[24]. Como característica específica el autor constata desde el comienzo la *disminución de la atención (distraction perpétuelle).* Por eso concibe la atención, de acuerdo con su formación francesa en psicología, en un sentido muy general y abarcador. Masselon escribe: «la percepción de los objetos exteriores, la percepción de nuestra propia personalidad, el juicio, la noción de las relaciones, la creencia, la certidumbre desaparecen cuando desaparece la capacidad de atención»*.

15 Como demuestra esta cita, mucho depende de la atención tal como la concibe Masselon. En el resumen menciona como rasgos más generales del estado catatónico los siguientes: «apatía, abulia, pérdida de actividad intelectual»**. Una breve reflexión sobre estas tres abstracciones enseña que sustancialmente significan lo mismo; y Masselon siempre se esfuerza en su trabajo por encontrar esa palabra o comparación que sea capaz de expresar de la mejor manera posible la esencia más íntima de su sentimiento verdadero. Pero ningún concepto del lenguaje humano podría llegar a ser tan polifacético, y tampoco existe ninguno que no haya sido explotado anteriormente por alguna escuela o sistema en campos de significado unilaterales. Lo mejor que puede decirnos Masselon es lo que él *siente* como la esencia de la *dementia praecox* cuando prestamos atención al significado literal de algunos de sus juicios: «El estado habitual es la apatía emocional — estos trastornos están íntimamente ligados a los trastornos de la inteligencia: *son de la misma*

22. La atención es, según Binet, «une adaptation mentale á un état qui est nouveau pour nous» [una adaptación mental a un estado que es nuevo para nosotros] *(Attention et adaptation).*

23. *Die psychologische Grundlage der katatonischen Krankheitszeichen.*

24. *Psychologie des déments précoces.* (El trabajo de Masselon *La Démence précoce* es más bien un compendio clínico de la enfermedad.)

* «la perception des objets extérieurs, la perception de notre propre personnalité, le jugement, la notion des rapports, la croyance, la certitude disparaissent quand la puissance d'attention disparaít.»

** «apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle.»

naturaleza — [los enfermos] ya no manifiestan ningún deseo — se quiebra toda volición — *la desaparición del deseo está relacionada con todos los demás trastornos de la actividad mental* — un verdadero embotamiento de la actividad cerebral — los elementos [del espíritu] *tienden a vivir una vida individual* y dejan de estar sistematizados por el espíritu inactivo»[25].

16 En Masselon se mezcla una diversidad de cosas e intuiciones de las que cree que todas parten de una raíz común que él no puede hallar sin que su trabajo se torne poco claro. A pesar de la falta de agudeza, las investigaciones de Masselon contienen observaciones útiles. Encuentra, por ejemplo, una gran similitud con la histeria: fuerte autodistracción de los enfermos con cualquier cosa, especialmente con los síntomas propios (la «fascinación óptica» de Sommer), agotamiento, una *memoria caprichosa* —los críticos alemanes le reprocharon este hallazgo, de modo ciertamente injusto si se supone que Masselon se refiere únicamente a la capacidad de reproducción—. Cuando un enfermo no ofrece una respuesta correcta a una pregunta directa la escuela alemana lo concibe como un *irse por las ramas,* como negativismo, es decir, una especie de resistencia activa; Masselon, en cambio, cree que es una *incapacidad de reproducir.* Considerado desde fuera puede ser ambas cosas, la diferencia se hace visible solamente con las diferentes interpretaciones que se otorguen al fenómeno. Masselon habla de un «auténtico oscurecimiento de la imagen-recuerdo»*, considera el trastorno de la memoria como «la desaparición de la consciencia de determinados recuerdos y *la incapacidad del enfermo de recuperarlos»***. La contradicción de ambas concepciones se disuelve sin más cuando pensamos en la psicología de los *histéricos.* Si un histérico dice en la anamnesia: «No lo sé, lo he olvidado», esto significa tanto como: «No puedo o no quiero decirlo, pues es algo muy desagradable»[26]. A menudo el «no lo sé» es tan torpe que inmediatamente puede entreverse el motivo del desconocimiento. La misma psicología tienen los *errores* (suspensión de la reacción) que aparecen en el experimen-

25. L.c. [«L'état habitud est l'apathie émotionndle — ces troubles sont intimement liés aux troubles de rintelligence: *ils sont de méme nature* — (les malades) nc manifestent plus aucun désir — toute volition est brisée — *la disparition du désir est liée á tous les autres troubles de l'activité mentale* — un véritable engourdissement de l'activité cérébrale — les éléments (de l'esprit ont) *tendance á viure d'une vie individuelle,* n'étant plus systématisés par l'esprit inactif.»]

* «véritable obscurcissement de l'image-souvenir.»

** «la disparition de la conscience de certains souvenirs *et 1'incapacité du malade á les retrouver.»*

26. Cf. para esto a Masselon, l.c.: también los trabajos de Freud así como los de Riklin, *Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustdnde und des Ganser'schen Symptoms.*

to de asociación, para los cuales ya he aportado numerosas pruebas experimentales[27 28 29]. En la praxis con histéricos resulta a menudo difícil decidir si realmente no lo saben o si es que no pueden o no quieren decirlo. Todo el que esté habituado a investigar casos de *dementia praecox* un poco más exhaustivamente sabe cuánto trabajo cuesta a menudo obtener información correcta; a veces se está seguro de que los enfermos lo saben, a veces se trata de un «bloqueo» que le causa a uno una impresión bastante arbitraria, y finalmente existen casos en que uno se ve forzado a hablar de «amnesia», exactamente igual que en la histeria, donde sólo existe un paso desde la amnesia al no-querer-hablar. Finalmente, el experimento de la asociación nos muestra que estos fenómenos se encuentran también en las personas normales, pero meramente *in nuce*[2]*.

17 Para Masselon el trastorno en la memoria surge de la misma fuente que el trastorno en la atención, pero no queda claro de qué fuente. En cierta oposición a esto el autor encuentra representaciones que persisten tenazmente y las califica del siguiente modo: *«determinados recuerdos ligados en otro tiempo más íntimamente a la personalidad afectiva* de los enfermos tienden a reproducirse sin cesar y a ocupar continuamente la consciencia — los recuerdos que persisten adoptan una forma estereotipada — *el pensamiento tiende a fijarse»*[13] («¡fijarse!»). Sin aportar más pruebas, Masselon explica aquí que las ideas estereotipadas (esto es: las ideas demenciales) son asociaciones del complejo de la personalidad. Es una lástima que el autor no se haya detenido con más precisión en este punto, pues hubiese sido muy interesante saber en qué medida, por ejemplo, un par de neologismos o una «ensalada de palabras» —con frecuencia los únicos restos a través de los cuales se manifiesta la existencia de representaciones— son asociaciones del complejo de personalidad. Que la vida anímica del demente temprano está «fijada» me parece una metáfora acertada del entumecimiento creciente; designa de manera muy precisa la impresión que seguramente haya tenido todo observador atento de la *dementia praecox.* La deducción de la *sugestión (suggestibilité)* a partir de sus premisas es algo que le resulta sencillo al autor. Sin embargo, sobre el surgimiento del *negativismo* propone únicamente suposiciones vagas, aunque en realidad la literatura francesa sobre fenómenos compulsivos po-

27. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV, y Jung, «Observaciones experimentales sobre la capacidad de recordar» [OC 2,4J.

28. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV.

29. L.c. *[«certains souvenirs plus intimement liés jadis à la personnalité affective* des malades, tendent á se reproduire sans cesse et á occuper continuellement la conscience —les souvenirs qui persistent prennent une forme stéréotypée— *la pensée tend a se figer.»]*

dría ofrecerle numerosos puntos de apoyo para las explicaciones análogas. Masselon también analizó experimentalmente las asociaciones y encontró muchas repeticiones de palabras-estímulo y frecuentes ocurrencias de naturaleza aparentemente azarosa. Llegó a la conclusión de que estos experimentos revelan que los enfermos no son capaces de prestar atención. ¡Una conclusión verdadera! Sin embargo, Masselon prestó muy poca atención a las ocurrencias.

i» Como resultado principal del trabajo de Masselon debe por tanto mencionarse que también este autor, como los anteriores, tiende a aceptar un trastorno psicológico totalmente central[30], un trastorno que se instala allí donde fluye la fuente de actividad de todas las funciones anímicas, esto es, del *conocer,* del *sentir* y del *desear*[31 32].

19 Weygandt, en sus claras explicaciones sobre la psicología de la demencia en el caso de la *dementia praecox,* denomina el proceso final de la enfermedad —según la terminología wundtiana— un *atontamiento aperceptivo*[2,1]. Como es sabido, el concepto de apercepción wundtiano es muy general; cubre no solamente la concepción de la atención de Binet y Masselon, sino también el concepto de Janet de *fonction du réel*[33 34], sobre el cual volveremos más tarde. La generalidad del concepto de apercepción en el sentido mencionado queda clara por las manifestaciones de Wundt, que reproduzco literalmente: «Al estado caracterizado por sentimientos que acompañan la concepción más clara de un contenido psíquico lo llamamos *atención,* y al suceso individual mediante el cual cualquier contenido psíquico es llevado a una concepción más clara lo llamamos *apercepción»*[3^]. Pero la aparente oposición entre *atención* y *apercepción* puede disolverse: «Según todo esto, la^íewczów y la *apercepción* son expresiones que designan el mismo estado psicológico de cosas. Utilizamos la primera preferentemente para designar el lado *subjetivo* de este estado de cosas, los sentimientos y sensaciones concomitantes; con la segunda denotamos principal-

30. Además, Séglas 1895 *(Le$ons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses)* dice lo siguiente acerca de la inseguridad de la capacidad catatónica: «Cela n'a rien de surprenant lorsqu'on réfléchit que tout mouvement exige la synthèse préalable d'une foule de représentations mentales — et que *c'est précisément le pouvoir de faire cette synthèse mentale qui fait défaut chez ces individus»* [Esto no tiene nada de sorprendente si consideramos que todo movimiento exige previamente la síntesis de una serie de representaciones mentales, y *que es precisamente la capacidad de realizar esa síntesis mental la que falla en esos individuos].*

31. Kant, *Crítica de la razón práctica.*

32. Weygandt, *Alte Dementia praecox,* pp. 613 ss.

33. *Les Obsessions* 1, p. 433. La *fonction du réel* también puede expresarse con otras palabras como una *adaptación psicológica al entonto.* Se corresponde con la *adaptation* de Binet, que representa una faceta muy especial de la apercepción.

34. *Grundriss der Psychologie,* p. 249.

mente los efectos *objetivos,* las modificaciones en la constitución de los contenidos de la consciencia»[35].

20 En la definición siguiente: *la apercepción es «el suceso individual mediante el cual cualquier contenido psíquico es llevado a una concepción más clara»* se dice mucho con pocas palabras. La apercepción es entonces voluntad, sentimiento, afecto, sugestión, fenómeno compulsivo, etc., pues todos éstos son procesos que llevan «un contenido psíquico a una concepción más clara». Con esto no pretendemos hacer una crítica negativa al concepto de apercepción, sino meramente señalar su desmesurada extensión; este concepto contiene en sí mismo toda producción psíquica positiva, además de la *adquisición progresiva de nuevas asociaciones,* esto es, nada más y nada menos que todos los enigmas de la actividad física, tanto de la consciente como de la inconsciente. El concepto de Weygandt del atontamiento aperceptivo expresa por tanto aquello que Masselon imaginaba. Pero de este modo hemos encontrado solamente una expresión común para la psicología de la *dementia praecox,* que es demasiado general como para albergar algo vinculante en la deducción de todos los síntomas.

21 Madeleine Pelletier[36] investiga en su tesis la sucesión de representaciones del flujo maníaco de las ideas y de la *débilité mentale* [debilidad mental], entre los cuales se encuentran claros casos de *dementia praecox.* El punto de vista teórico desde el que la autora considera el flujo de ideas coincide sustancialmente con el de Liepmann[37]. Presupongo que el lector conoce el contenido del trabajo de Liepmann.

22 Pelletier traza un paralelismo entre el transcurso plano de la asociación en la *dementia praecox* y el flujo de ideas. Lo característico del flujo de ideas es la *absence du principe directeur* [ausencia de principio directriz]. Lo mismo se produce en el transcurso de la asociación en la *dementia praecox:* «La idea directriz está ausente y el estado de consciencia permanece vago sin una planificación de los elementos... El único modo de actividad psíquica que en el estado normal se puede comparar a la manía es la ensoñación, más aún considerando que la ensoñación es más bien el modo de pensamiento del débil mental que el del maníaco»*. Pelletier tiene razón al

35. *Grundzüge der physiologischen Psychologie* III, p. 341.

36. *L'Assóciation des idées dans la manie aigue et dans la debilité mentale.*

37. *Über Ideenflucht. Begriffsbestimmung und psychologische Analyse.*

* «L'idée directrice est absente et l'état de conscience reste vague sans ordonnancement de ses éléments... Le seul mode d'activité psychique qui dans l'état normal puisse être comparé á la manic, c'est la réverie, encore que la réverie soit bien plutót le mode de penser du débile que celui du maniaque.»

encontrar una gran similitud entre el estado normal del fantasear y las asociaciones planas de los maníacos, siempre que las asociaciones se encuentren sobre el papel. Clínicamente un maníaco no se parece en nada a un fantaseador. Evidentemente la autora percibe esto y encuentra que la analogía se ajusta mejor al estado de la *dementia praecox,* que desde Reil se ha comparado muchas veces con el sueño (por ejemplo, Chaslin: *La confusión mentale primitive).* La riqueza y la aceleración de las representaciones en el flujo maníaco de las ideas se diferencian nítidamente del tipo de asociación muy interrumpida y de transcurso lento del sueño, por no hablar de la pobreza y de las numerosas perseveraciones de las asociaciones catatónicas. La analogía sólo es correcta en el sentido de que en todos estos casos falta la representación orientadora; en el caso de la manía debido a que todas las representaciones se agolpan en la consciencia con una fuerte aceleración y una gran potencia emocional[38]. Es probable que por ello no pueda subsistir ninguna atención[39]. En el fantaseo no existe de antemano ninguna atención, y siempre que ésta falta, el decurso de la asociación debe hundirse en el fantaseo, esto es, en un proceso lento que avanza según leyes asociativas, principalmente según la similitud, el contraste, la coexistencia y la conexión lingüístico-motora[40]. La autoobservación cotidiana o el seguimiento atento de una «conversación» común ofrecen numerosos ejemplos. Como muestra Pelletier, el transcurso de la asociación en la *dementia praecox* está construido según el mismo esquema, lo cual queda muy claro en este ejemplo: «Je suis l'étre, l'étre ancien, le vieil Hétre[41], que l'on peut écrire avec un H. Je suis universel, primordial, divine, catholique, Romaine[42], l'eusses-tu cru, l'étre tout cru, suprumu[43], l'enfant Jésus[44]. Je m'appelle Paúl, c'est un nom, ce n'est pas une négation[45], on en connait la signification[46]. — Je suis

38. Si bien Aschaffenburg constató en el caso de los maníacos cierto alargamiento del tiempo de asociación, no debe olvidarse que en el experimento acústico-lingüístico juegan un papel importante la atención y el dominio lingüístico. ¡Se observa y se prescinde sin más de las declaraciones lingüísticas pero no de la conexión entre las representaciones!

39. La aceleración y la potencia emocional de las representaciones son aquello que al menos podemos comprobar mediante la observación. Pero con esto no se excluye en absoluto que puedan considerarse otros momentos esenciales que son inaccesibles para el conocimiento que poseemos actualmente.

40. *Estudios diagnósticos de asociación,* I, Introducción.

41. *Assonance.*

42. *Contiguíte.*

43. *Assonance.*

44. *Assonance.*

45. *Assonance.*

46. *Assonance.*

éternel, immense, il n'y a ni haut, ni bas, fluctuat nec mergitur, le petit báteau[47], vous n'avez pas peur de tomber[48]».

23 Este bonito ejemplo nos muestra de modo bien claro el tipo de transcurrir de las asociaciones en la *dementia praecox-,* el transcurso es totalmente plano y se mueve a través de muchas asociaciones sonoras. Pero la descomposición es tan fuerte que ya no la podemos comparar con el fantaseo del estado normal, sino directamente con el *sueño.* De manera parecida suenan los discursos que pronunciamos en el sueño[49]. Se encuentran abundantes ejemplos en el libro de Freud *La interpretación de los sueños.*

24 En el primer artículo de los *Estudios diagnósticos de asociación* se aportó la prueba de que la disminución de la atención genera un tipo de asociación plana (conexiones lingüístico-motoras, asociaciones sonoras, etc.), y a la inversa: de la aparición de un tipo plano siempre se puede concluir un trastorno de la atención. De acuerdo con nuestras pruebas experimentales, Pelletier tiene razón cuando relaciona el tipo plano de la *dementia praecox* con la disminución de la atención. La autora describe esta disminución con las palabras de Janet: un *abaissement du niveau mental.* Lo que también deducimos de este trabajo es nuevamente la reducción del trastorno al problema central de la apercepción.

25 En particular, cabe señalar que la autora pasa por alto las perseveraciones; en cambio, debemos agradecerle una observación muy valiosa sobre los símbolos y las relaciones simbólicas que aparecen con tanta frecuencia en la *dementia praecox-.* «Es preciso señalar que el símbolo desempeña un papel muy importante en las divagaciones de los alienados; en las personas con delirio persecutorio, en los débiles mentales los encontramos a cada paso; esto se debe a que el símbolo es una forma muy inferior del pensamiento. Se podría definir el símbolo como la percepción falsa de una relación de identidad o de analogía muy grande entre dos objetos que en realidad no presentan más que una analogía vaga»[50].

47. «Ressemblance et contigüité: "immense" lui suggére l'océan, puis le báteau et l'aphorisme qui forment l'écusson de la ville de Paris.» [Similitud y contigüidad: "inmenso" le sugiere el océano, luego el barco y el aforismo que configuran el escudo de la villa de París.]

48. L.c., p. 142. [Yo soy el ser, el ser antiguo, la vieja haya, lo hubieras creído, el ser todo crudo, supremo, el niño Jesús. Me llamo Paúl, es un nombre, no es una negación, se conoce su significado. — Soy eterno, inmenso, no hay alto ni bajo, fluctuat nec mergitur, el barco pequeño, no tenéis miedo de caer.]

49. Sobre esto también llamaron la atención Kraepelin, cf. *Bericht derXIX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrendrzte in Baden-Baden, 2.13. Juni 1894,* p. 595, y Stransky, *Über Sprachverwirrtheit.*

50. L.c., pp. 128 s. [«Il est á remarquer, que le Symbole joue un tres grand role dans les divagations des aliénés; chez les persécutés, les débiles, on le rencontre á chaqué

26 De esto se desprende que Pelletier vincule los *símbolos catatónicos* con el trastorno de la atención. Esta suposición encuentra también un decidido apoyo por el hecho de que el símbolo es un fenómeno habitual y largamente conocido en el *fantaseo y en el sueño.*

27 Un capítulo especial lo constituye la psicología del *negativismo,* sobre la cual ya existen numerosas publicaciones. Es lícito dar por seguro que el síntoma del negativismo no es unívoco. Existen múltiples formas *y* grados de negativismo que todavía no han sido estudiadas ni analizadas clínicamente con la suficiente precisión. Resulta fácilmente comprensible la división de los negativismos en una *forma activa* y otra *pasiva,* con lo cual se presentan los casos psicológicos más complejos bajo la forma de la resistencia *activa.* Si en cada uno de estos casos fuese posible un análisis, probablemente podrían encontrarse motivos perfectamente determinados para el comportamiento resistente, lo que haría dudoso que en estos casos pudiera seguirse hablando de negativismo. Incluso en la forma pasiva no son pocos los casos difícilmente interpretables. De todos modos hay una cantidad de casos donde se muestra con claridad que también los procedimientos voluntarios simples se transforman ciegamente en su contrario. Según nuestra visión, el negativismo descansa siempre en última instancia sobre las asociaciones correspondientes. Si existe también un negativismo que ocurre en la médula espinal es algo que ignoro. El punto de vista más general en la cuestión del negativismo es el adoptado en el trabajo de Bleuler[51], que demuestra la *sugestibilidad* negativa, esto es, la presión hacia la asociación contrastiva no solamente como elemento de la psique normal, sino también como mecanismo frecuente de síntomas patológicos en la histeria, los fenómenos compulsivos y la *dementia praecox.* El mecanismo de contraste es una función autónomamente activa de la asociación, arraigada totalmente en la «afectividad»; por eso se manifiesta principalmente en el caso de representaciones cargadas de sentimientos, en las decisiones y cuestiones similares. «El mecanismo sólo debe ofrecer protección ante una *acción* precipitada y forzar una ponderación de los pros y los contras». El mecanismo de contraste es un contrapeso de la *sugestibilidad.* La sugestibilidad es la capacidad de recepción y realización de representaciones cargadas de sentimientos, el mecanismo de contraste proporciona lo

pas; cela est dü á ce que le symbole est une forme tres inférieure de la pensée. On pourrait définir le symbole la perception fausse d'un rapport d'identité ou d'analogie tres grande entre deux objets qui ne présentent en réalité qu'une analogie vague.»]

51. *Die negative Suggestibilität, ein physiologisches Prototyp des Negativismus, der conträten Autosuggestion und gewisser Zwangsideen.*

opuesto; por eso Bleuler lo llama acertadamente la *sugestibilidad negativa.* La estrecha conexión de estas dos funciones permite que se haga comprensible su reunión clínica. (La sugestibilidad frente a las autosugestiones insuperables y contrarias en la histeria; negativismo, automatismo al mandato, ecopraxia en la *dementia praecox,* etcétera).

28 La importancia de la sugestibilidad negativa en el transcurrir cotidiano de la psique nos hace comprensible por qué las asociaciones por contraste son tan enormemente frecuentes: son las más cercanas[52].

29 También en el lenguaje observamos algo parecido: las palabras que expresan contrastes cotidianos se encuentran asociadas de modo muy firme y generalmente pertenecen a las conexiones lingüísticas asentadas (blanco-negro, etc.). Incluso en las lenguas primitivas existe ocasionalmente *una* palabra para las representaciones que contrastan. Por tanto, según el sentido de las explicaciones de Bleuler, se necesita solamente un trastorno relativamente leve del sentimiento para engendrar fenómenos negativos. Como muestra Janet[53], es suficiente con el *abaissement du niveau mental* de las personas dominadas para desencadenar el juego de los contrastes. ¡Cuánto podemos esperar entonces del «atontamiento aperceptivo» de la *dementia praecoxl* Y aquí nos encontramos realmente con el juego aparentemente caótico de positivo y negativo, que con frecuencia se reflejan muy bien en las asociaciones que se expresan lingüísticamente[54]. Por tanto, en la cuestión del negativismo la falta de puntos de apoyo no nos lleva a recurrir a la suposición de que también este síntoma se encuentra íntimamente relacionado con el «atontamiento aperceptivo»: *el conducto central de la psique se ha vuelto tan débil que no puede potenciar el acto positivo y no puede evitar el negativo,* o a la inversa[55].

30 Recapitulemos lo dicho antes de seguir adelante: los autores mencionados hasta el momento han constatado como rasgos característicos de la *dementia praecox la disminución de la atención o, expresado de manera más general, el «atontamiento aperceptivo»* (Weygandt). *Con esta circunstancia hay que relacionar la peculiari-*

52. Algo similar expresan también Paulhan, *L'Activité mentale et les éléments de l'esprit',* Svenson, *Om Katatoni;* Janet, *Les Obsessions-,* Pick, *On Contrary Actions.* Royce refiere un caso muy instructivo, *The Case ofjohn Bunyan.*

53. *Les Obsessions* I, p. 60.

54. Cf. los análisis de Pelletier (l.c.), así como las investigaciones experimentales de Stransky: *Über Sprachverwirrtheit.*

55. Otros trabajos sobre negativismo, etc., ya han sido criticados por Bleuler, *Die negative Suggestibilitat.*

dad del volverse planos las asociaciones, símbolos, estereotipos, perseveraciones, automatismo al mandato, apatía, abulia, trastorno en la reproducción y, en un sentido más estrecho, también el negativismo.

31 A primera vista parece extraño que en el empeoramiento general no participen la *comprensión* y la *capacidad de percibir.* De hecho, en la *dementia praecox,* en los momentos accesibles, se encuentra una memoria sorprendentemente ágil, casi fotográfica, que prefiere justamente recrear las cosas más nimias, aquellas que una persona normal pasa siempre por alto[56]. Pero precisamente esta peculiaridad muestra de qué tipo de memoria se trata: no es más que el *registro pasivo* de los sucesos que tienen lugar en el entorno más cercano. Pero todo aquello que requiere un despliegue de interés pasa sin dejar huella en los enfermos o a lo sumo se registra *á niveau* con la visita diaria del médico o en la comida del mediodía; así, al menos, se nos aparece a nosotros. Weygandt[57] ha descrito con elocuencia esta carencia de recepción activa. La *comprensión* también suele estar distorsionada solamente en los tiempos de excitación. La comprensión y la capacidad de percibir o la *recepción* y *conservación* son en gran parte procesos pasivos, que tienen lugar en nosotros sin un despliegue especial de energía, al igual que el mero ver u oír, mientras no vayan unidos a la atención.

32 Si bien del concepto weygandtiano del atontamiento aperceptivo (Janet: *abaissement du niveau mental)* puede deducirse hasta cierto punto el origen de los síntomas resumidos más arriba (automatismo, estereotipia, etc.), no comprendemos a partir de esto la multiplicidad de formas de los síntomas individuales, su inestabilidad, el contenido característico de las ideas demenciales y de las alucinaciones, etc. Muchos investigadores han intentado resolver estos enigmas.

33 Stransky[58] ha analizado la cuestión de la *dementia praecox* desde su aspecto clínico. Partiendo del concepto de Kraepelin del «atontamiento cómodo», comprueba que bajo este concepto pueden entenderse dos cosas: «Primero, pobreza o más bien superficialidad de las reacciones "cómodas"; segundo, incongruencia de las mismas con el contenido de representaciones dominante en ese momento en la psique»[59]. Así pues, Stransky diferencia el contenido del concepto

56. También Kraepelin cree que la comprensión no está demasiado disminuida; se trata meramente «de un aumento de la tendencia a producir representaciones arbitrarias y a discreción» (Psychiatrie. Ein *Lehrbuch für Studierende undÄrzte* II, p. 177).

57. L.c.

58. Zwr *Kenntnis gewisser erworbener Blódsinnsformen,* pp. 1 ss.

59. L.c., p. 28. Id., *ZurLehre von der Dementia praecox-,* además, *Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox* y *Über die Dementia praecox.*

de Kraepelin y recalca que, clínicamente, no se observa meramente el «atontamiento cómodo». El llamativo desequilibrio entre representación y afecto que podemos observar diariamente en los dementes tempranos es un síntoma mucho más frecuente —para el tiempo de desarrollo de la enfermedad— que el atontamiento cómodo. La *incongruencia* entre representación y tono sentimental lleva a que Stransky asuma dos factores psíquicos separados, la *noopsique* y la *timopsique,* con lo cual el primer concepto cubre todos los sucesos puramente intelectuales y el segundo todos los sucesos afectivos. Estos dos conceptos se corresponden en cierta manera con la psicología de Schopenhauer: intelecto y voluntad. Naturalmente que en el alma sana tiene lugar un juego continuo y finamente coordinado entre ambos factores. Si aparece la incongruencia, esto se corresponde analógicamente con la *ataxia,* y entonces tenemos ante nosotros el cuadro de la *dementia praecox* con sus afectos desproporcionados e incomprensibles. Hasta aquí la separación de las funciones anímicas en noopsíquicas y timopsíquicas coincide con la realidad. Ahora bien, la pregunta es si en el caso de un contenido banal de la representación —que en el enfermo aparece con un afecto poderoso— la incongruencia está presente no solamente para nosotros —que atisbamos de modo muy deficiente su alma—, sino también para la percepción subjetiva del enfermo.

34 Quisiera aclarar esta cuestión con un ejemplo. Visito a un señor en su oficina. Repentinamente este señor se encoleriza y reprende con gran furia a un copista que acababa de dejar un periódico en el lado derecho de la mesa y no en el izquierdo. Me asombro y empiezo a hacerme una idea particular sobre el carácter nervioso de este hombre. Pero poco después me entero por otro empleado de que el copista ya había cometido el mismo error docenas de veces en el pasado y que por eso la ira del señor estaba totalmente justificada.

35 Si no hubiese sido iluminado posteriormente, me habría hecho una imagen falsa de la psicología de este señor. Los médicos nos encontramos a menudo en este caso frente a la *dementia praecox-.* a causa del hermetismo característico del enfermo logramos ver muy poco en su interior; éste es un hecho que puede confirmar cualquier psiquiatra. Por tanto, resulta fácil pensar que con frecuencia las excitaciones permanecen incomprendidas debido a que no vemos sus causas asociativas. Esto incluso puede sucedemos a nosotros mismos: estamos durante un buen rato malhumorados, de manera totalmente inadecuada, sin tener consciencia de la causa. Ofrecemos las respuestas más simples en un tono inadecuadamente insistente e irritado, etc. Si la persona normal no siempre puede arrojar claridad sobre las causas de su contrariedad, ¡cuán poco po-

dremos hacerlo frente al alma de un demente temprano! Debido al evidente carácter inaccesible de nuestro diagnóstico psicológico, debemos ser muy cuidadosos con el supuesto de una incongruencia real en el sentido de Stransky. Aunque para la impresión clínica la incongruencia esté presente con frecuencia, no es de ninguna manera verdadero que aparezca solamente en la *dementia praecox.* La incongruencia es algo cotidiano en la *histeria-,* se la puede comprobar en el hecho totalmente banal de las denominadas «exageraciones» histéricas. El polo opuesto es la conocida *belle indifférence* del histérico. Del mismo modo, encontramos enormes excitaciones por cosas nimias, eventualmente por algo en lo que no es posible reconocer ninguna conexión con la excitación. Pero el psicoanálisis descubre los motivos de esto y empezamos a comprender por qué los enfermos reaccionan de esta manera. Todavía no podemos penetrar en la *dementia praecox,* por eso las conexiones siguen siendo incognoscibles para nosotros y suponemos una «ataxia» entre la noopsique y la timopsique. Por el contrario, en el caso de la histeria sabemos, gracias al análisis, que no existe ninguna «ataxia», sino meramente una hipersensibilidad que es inmediatamente clara y comprensible cuando conocemos el complejo de representaciones patógenas[60]. ¿Sigue siendo necesario que supongamos que existe un mecanismo totalmente nuevo para la *dementia praecox* cuando sabemos cómo se produce la incongruencia en la histeria? En general sabemos muy poco de la psicología normal e histérica[61] como para atrevernos a asumir mecanismos totalmente nuevos y desconocidos para la psicología restante en una enfermedad tan impenetrable como la *dementia praecox. Hay que ser ahorrativo con los nuevos principios explicativos',* por eso rechazo la hipótesis de Stransky, que en sí misma es clara e ingeniosa.

36 Pero como compensación poseemos del mismo Stransky[62] un trabajo experimental muy interesante que ofrece el fundamento para la compresión de un síntoma importante: la *confusión lingüística.*

60. Una dama histérica, por ejemplo, cae un buen día en una depresión profunda y constante «porque el tiempo está tan nublado y lluvioso». Pero el análisis revela que la depresión comienza con el aniversario de un suceso triste e importante para toda la vida de la paciente.

61. Binet *(Les Altérations de la personnalité,* p. 79) dice acertadamente: «Les hystériques ne sont pour nous que des sujets d'élection, agrandissant des phénoménes qu'on doit nécessairement retrouver á quelque degré chez une foule d'autres personnes qui ne sont ni atteintes ni méme effleurées par la névrose hystérique». ILos histéricos no son para nosotros otra cosa que sujetos de elección, que agrandan fenómenos que uno debe necesariamente encontrar en cierto grado en multitud de otras personas que no están aquejadas, ni siquiera son rozadas, por la neurosis histérica.]

62. *ÜberSprachvenuirrtheit.* [Las citas se encuentran en pp. 37 s., 62,63, 73 y 74 s.]

37 La confusión lingüística es producto de un trastorno psicológico básico. (Stransky lo llama «ataxia intrapsíquica».) Cuando la vida de los sentimientos y de las representaciones se encuentra dañada en sus relaciones, como en la *dementia praecox,* y cuando debido a esto al pensamiento normal le falta la orientación propia según una representación superior (Liepmann), tiene que desarrollarse un raciocinio similar a la fuga de ideas. (Como ha mostrado Pelletier: preponderancia de las leyes asociativas sobre el influjo de la dirección.) Si, tal como muestran nuestros experimentos de asociación con la atención desviada, se trata de un acontecimiento lingüístico, tiene que aparecer una multiplicación de los *elementos de unión* puramente *superficiales* (asociaciones lingüístico-motoras y reacciones sonoras). Esto va acompañado de la disminución de las conexiones con sentido. Además se manifiestan otros trastornos: multiplicación de las asociaciones mediatas, de las reacciones carentes de sentido, repeticiones de la palabra-estímulo (a menudo reiteradas veces). Las perseveraciones muestran, dentro de la distracción, un comportamiento contradictorio; según nuestros experimentos, se multiplican en el caso de las mujeres y, por el contrario, disminuyen en el caso de los hombres. En muchos casos pudimos constatar en el surgimiento de la perseveración la presencia de un fuerte tono sentimental: la representación cargada de sentimiento revela principalmente una tendencia a perseverar. Esto es algo que enseña la experiencia cotidiana. Mediante el desvío de la atención se crea un *cierto vacío de consciencia*[61], en donde las representaciones pueden perseverar con más facilidad que con la plena atención.

38 Stransky investigó, pues, cómo se desarrollaban las series consecutivas de asociaciones lingüísticas bajo el influjo del relajamiento de la atención. Sus sujetos de experimentación debían decir espontáneamente a un fonógrafo lo primero que les viniera a la cabeza. Al hacerlo, no podían fijar su atención en lo que decían. Como punto de partida se ofrecía una palabra-estímulo. (En la mitad de los casos también se introdujo una distracción.)

39 Estos experimentos arrojaron resultados interesantes: *¡las secuencias de palabras y de frases recordaban inmediatamente a los discursos (y también a los documentos escritos) de la* dementia praecox/ Las instrucciones del experimento excluían una dirección determinada del discurso, a lo sumo la palabra-estímulo podía obrar durante un lapso de tiempo como «tema» más o menos indeterminado. Se destacaron llamativamente los *elementos de unión* super-

63. *Estudios diagnósticos de asociación,* I, B, ni.

ficiales (esto se corresponde con la caída de los nexos lógicos), aparecieron *grandes cantidades de perseveraciones* (o bien repeticiones de la palabra precedente, lo que se corresponde aproximadamente con la repetición de la palabra-estímulo en nuestros experimentos), y, además, se encontraron numerosas *contaminaciones*[64] y, estrechamente unido a esto, *neologismos,* construcción de nuevas palabras.

40 Deseo citar algunos ejemplos del inmenso material de Stransky:

«Las cigüeñas se sostienen sobre una pierna, tienen mujeres, tienen niños, son aquellas que traen a los niños, los niños que traen a casa, esta casa, una idea que las personas tienen de las cigüeñas, de la eficacia de las cigüeñas, las cigüeñas son pájaros grandes — con un pico grande y viven de las ranas, ranas *Fröschen*\, frescas *[Frischen],* ranas *[Froscheh],* las ranas *[Froschen]* son *Fruschen* [szc] por la mañana *[Früh],* por la mañana están con — desayuno *[Frühstück],* café, y con el café también beben coñac, en el coñac también beben vino, y con el vino beben cualquier cosa, las ranas son animales grandes a los que las cigüeñas — hm — devoran, las cigüeñas devoran a los pájaros, los pájaros devoran a los animales, los animales son grandes, los animales son pequeños, los animales son humanos, los animales no son humanos...» etcétera*.

«Estas ovejas... han sido, ovejas merino, de las cuales se ha cortado la grasa por libras, con el Shylock se ha cortado la grasa, ha cortado una libra...», etcétera.

«K... era un K... con una nariz larga, con una nariz clavada *[Rammnase],* con una *Rampfnase* [sfc], con una nariz para chocar, un veneno dañino, una persona, que ha chocado... que está chocada...», etcétera.

41 A partir de estos ejemplos de los experimentos de Stransky se comprueba sin dificultad cuáles son las leyes de asociación que rigen el flujo de los pensamientos: son principalmente las leyes de la similitud, coexistencia, nexo lingüístico-motor y la conexión según el sonido. Además, llaman inmediatamente la atención las numerosas perseveraciones y repeticiones (Sommer: «estereotipos»). Si compráramos con esto la prueba de las asociaciones de la *dementia praecox* de la señorita Pelletier que citamos anteriormente, nos encon-

64. Cf. Meringer y Mayer, *Versprechen und Verlesen. Eine psychologisch-linguistische Studie.* Por *contaminación* debe entenderse la condensación de varias frases o palabras en *una* frase o *una* palabra, por ejemplo «Sin estar he preparado» es una condensación a partir de:

1. Sin estar preparado.
2. Me he preparado.

* Los discursos de pacientes aquí reproducidos contienen asociaciones sonoras de palabras, en algunos casos inexistentes en alemán. (N. *del T.)*

tramos con un parecido llamativo[65]: tanto aquí como allí aparecen las mismas leyes de la *ressemblance^ contigüité* y *assonance.* En el análisis de Pelletier faltan solamente estereotipos[66] y perseveraciones, aunque ya estén claramente presentes en el material citado. Stransky también da cuenta de esta evidente similitud con numerosos ejemplos interesantes obtenidos con dementes tempranos.

42 Es especialmente importante que en los experimentos normales de Stransky aparezcan numerosos conglomerados de palabras o frases que pueden designarse como contaminaciones.

Ejemplo: «... es en general una carne de la que uno no se logra liberar, los pensamientos no se pueden liberar, especialmente cuando hay que perseverar, perseverar, perseverar, *severieren, Severin»,* etcétera.

43 Según Stransky, en este conglomerado están condensadas las siguientes secuencias de representaciones:

a) En Inglaterra se consume mucha carne de carnero.

b) No puedo liberarme de esta idea.

b) Esto es perseveración.

d) Debo soltar sin más todo lo que se me ocurra.

44 La contaminación es por tanto una condensación de diferentes secuencias de representaciones. Por consiguiente debe *concebirse sustancialmente como una asociación mediada*[67]. *Este carácter de la contaminación se confirma claramente* a partir de los ejemplos patológicos de Stransky:

Ejemplo:
«Pregunta: ¿Qué es un mamífero?
Respuesta [paciente]: Es una vaca, por ejemplo un obstetra».

45 «Obstetra» es una asociación mediada con respecto a vaca y muestra el supuesto camino del pensamiento: vaca — dando a luz jóvenes vivos — igualmente humano — obstetra[68].

65. De todos modos no puede quedar sin mencionar que los discursos de Stransky se encuentran manifiestamente influidos por su carácter precipitado, algo que suele faltar en los discursos de la *dementia praecox.* No obstante, es difícil determinar qué es lo que causa la impresión de precipitación.

66. Como se expuso más arriba [§ 9 ss.J, Sommer ya demostró la existencia de asociaciones sonoras y estereotipos en el caso de las reacciones simples ante las palabras.

67. Véase el análisis de la asociación mediada en *Estudios diagnósticos de asociación,* I.

68. Según la visión del profesor Bleuler es más probable la siguiente composición:

Mamífero

Vaca es un ejemplo — los jóvenes vivos dan a luz obstetras

«Pregunta: ¿Qué representación se hace usted bajo la "Sagrada Virgen"?

Respuesta: El cambio de una señorita».

46 Como bien apunta Stransky, el pensamiento debe haber seguido aproximadamente el siguiente camino: «inmaculada concepción — *virgo* intacta — cambio virtuoso de vida».

«Pregunta: ¿Qué es un cuadrilátero?

Respuesta: Un cuadrado con ángulos».

La condensación se compone de:

a) Un cuadrilátero es un cuadrado.

¿>) Un cuadrilátero tiene cuatro ángulos.

47 A partir de estos ejemplos debería ser evidente que las contaminaciones que aparecen frecuentemente en la atención desviada son algo similar a las asociaciones mediadas que hacen su aparición en las reacciones simples ante palabras. Como es sabido, nuestros experimentos han probado numéricamente la multiplicación de las asociaciones mediadas en la distracción.

48 Esta coincidencia de tres experimentadores, Stransky, yo mismo y la *dementia praecox,* no puede ser casualidad; es la prueba de la veracidad de nuestra concepción y con ello una confirmación más de la debilidad aperceptiva que distingue a todos los síntomas degenerativos de la *dementia praecox.*

49 Stransky advierte que la contaminación a menudo produce extrañas construcciones verbales (por ejemplo, *Primordialrat),* a veces tan peculiares que inmediatamente recuerdan a los *neologismos* de la *dementia praecox.* Estoy convencido de que una gran parte de los neologismos se crean realmente de esta manera. Un demente temprano que intentaba convencerme de la integridad de su salud, dijo: «Que estoy sano es obvio como el agua *[Händeklar]».* Repitió varias veces con énfasis esta expresión. Como resulta fácil de ver, esta construcción se descompone en:

a) Esto es obvio [D¿zs *liegt auf der Hand].*

b) Esto es claro como el agua [D¿zs *ist sonnenklar].*

50 En 1898, Neisser[69], basándose en la observación clínica, apuntó que las nuevas construcciones de palabras por lo general no son realmente verbos ni sustantivos, ni tampoco palabras, sino frases, en la medida en que sirven a *hacer sensible la totalidad de un proceso.* En esta formulación de Neisser está expresado el concepto de *condensación.* Pero Neisser va más allá y habla directamente de *hacer sensible la totalidad de un suceso.* En este sitio me gustaría recordar que Freud, en su obra *La interpretación de los sueños*, demostró

69. *Über die Sprachneubildungen Geisteskranker,* pp. 443 ss.

una *condensación*™ en gran escala para el *sueño.* Lamentablemente no puedo entrar *in extenso* en el vasto y extremadamente valioso material psicológico de este investigador todavía poco reconocido, pues me llevaría demasiado lejos. Debo simplemente presuponer el conocimiento de este importante libro. Según mi saber nunca hasta ahora se han aportado verdaderas pruebas contra la concepción de Freud. Por tanto, me limito a constatar que el sueño, que ya de por sí tiene numerosas analogías con el trastorno asociativo de la *dementia praecox,* también revela la condensación lingüística especial en el sentido de contaminación de frases y situaciones. También a Kraepelin le llamó la atención la similitud de los discursos del sueño y de la *dementia praecox*[70] [71]. De los numerosos ejemplos que he observado en los sueños propios y de otras personas quisiera mencionar uno muy simple, que revela al mismo tiempo condensación y neologismo:

Alguien quiere expresar en el sueño algo reconocible frente a determinada situación y dice: «Esto es *feimos»,* que es una contaminación de:

a) fino *feirí*\,
b) estupendo *famos*\.

70. También Kraepelin, en su trabajo *líber Sprachstór ungen im Traume,* se ocupa de estas cuestiones basándose en un inmenso material empírico. En lo que atañe a la génesis psicológica de los fenómenos que se investigan, las afirmaciones de Kraepelin no se encuentran lejos de la intuición que aquí exponemos. En la p. 10 escribe: «La aparición de trastornos lingüísticos en los sueños en general se encuentra en relación estrecha con el oscurecimiento de la consciencia y con la consiguiente disminución de la claridad de las representaciones». Aquello que Paúl Meringer y Mayer, entre otros, denominan contaminación, y Freud condensación, es bautizado por Kraepelin como elipsis («una mezcla de diferentes secuencias de representaciones», «una concentración elíptica de muchas secuencias simultáneas de pensamientos»). En esta ocasión me gustaría subrayar que Forel, ya en los años ochenta, había utilizado la expresión «elipsis» para las condensaciones y nuevas formaciones de palabras de los paranoicos. A Kraepelin se le ha escapado que Freud ya en 1900 había tratado detalladamente las condensaciones en los sueños. Freud designa con «condensación» la fundición de situaciones, imágenes y elementos lingüísticos. La expresión lingüística de contaminación se refiere solamente a las fundiciones lingüísticas, es por tanto un concepto especial, subordinado al concepto alemán de condensación. Se recomienda conservar el nombre de contaminación para las condensaciones lingüísticas.

71. *Bericht der XIX. Wanderuersammlung,* p. 595. Cf. también *líber Sprachstdrungen im Traume.* Kraepelin dice aquí (p. 79): «Acaso sólo haya que pensar que los singulares discursos de los enfermos *[dementia praecox]* no representen solamente un “absurdo” y mucho menos productos intencionales de un estado de ánimo alegre, sino que son expresión de un trastorno característico en la búsqueda de las palabras que debe tener un parentesco cercano con lo que sucede en el sueño». Kraepelin también expresa la opinión de que «en la confusión lingüística, junto a los trastornos de la búsqueda de palabras y de la concepción lingüística de los pensamientos, también están presentes los que afectan a la marcha misma del pensamiento, que en parte se parecen mucho a los de los sueños» (p. 83).

51 El sueño también es una debilidad «aperceptiva» *par excellence,* lo que se muestra con especial claridad en su tendencia generalmente reconocida hacia el *símbolo*[71].

52 Finalmente, debemos resolver una última pregunta que en realidad habría que haber contestado al principio, a saber: ¿se corresponde realmente el estado de consciencia de los experimentos normales de Stransky con el de una atención distorsionada? Ante todo debe notarse que los experimentos de distracción de Stransky no permitieron reconocer ninguna modificación sustancial frente a los experimentos normales; por tanto, la asociación no pudo haber sido muy diferente en ambos estados y, según esto, tampoco la atención. Ahora bien, ¿cómo debe pensarse el trastorno en los experimentos normales?

53 Yo creo que debe buscarse el motivo principal en el «forzamiento». A los sujetos de experimentación se los instruye para que hablen espontáneamente y el hecho de que lo hicieron en parte con una gran aceleración se demuestra porque produjeron un promedio de 100-250 palabras por minuto, mientras que en el discurso normal el promedio es de 130-140 palabras[73]. Si alguien habla y quizá piensa más rápido de lo acostumbrado sobre asuntos indiferentes, ya no se puede prestar la suficiente atención a la asociación. Un segundo aspecto, no menos importante, es la situación anómala para la mayoría de los sujetos de experimentación y su influencia sobre el estado de ánimo. Hay que pensar esta situación comparándola con el caso de un orador excitado que desemboca en una «estupidez emocional»[74]. En este estado he encontrado cifras extraordinariamente altas de perseveración y repetición. Pero la estupidez emocional es asimismo un trastorno muy fuerte de la atención. Por eso podemos asumir con seguridad que en los experimentos normales de Stransky la atención estaba realmente distorsionada, aunque el estado de consciencia no fuera del todo claro.

54 Debemos a Heilbronner[75] una importante observación: en la investigación de las asociaciones seriales de una hebefrénica se encontró que, en un caso, un 41% de las palabras de reacción y, en el otro, un 23 % de ellas se relacionaban con el *entorno.* En este hecho Heilbronner percibe una prueba del desvío del aferrarse que parte del «vacío», esto es, de la ausencia de nuevas representaciones. Puedo confirmar esta observación por experiencia propia. Sería intere-

72. Cf. arriba [§ 25] la acertada observación de Pelletier (l.c.) sobre el símbolo.

73. Stransky, *Über Sprachverwirrtheit,* p. 14.

74. Cf. Jung, «Sobre simulación de trastorno mental» [ed. orig. 1903], p. 191 [OC 1,6, § 349] y Wehrlin, *Estudios diagnósticos de asociación,* II.

75. L.c.

sante saber teóricamente en qué relación se encuentra este fenómeno con el síntoma de Sommer-Leupoldt de «nombrar y palpar».

55 Otto Gross expresa intuiciones nuevas e independientes sobre la psicología de la *dementia praecox*™. Propone el nombre de *dementía sejunctiva* para la enfermedad: la razón de este nombre es la *pérdida de la consciencia* del demente temprano, la *sejunción* de la consciencia. Gross naturalmente toma el concepto de sejunción de Wernicke, pero también podría haber tomado igualmente el viejo concepto sinonímico de *disociación* (Binet, Janet). La disociación de la consciencia significa sustancialmente lo mismo que la «pérdida de la consciencia» de Gross. Con este último concepto lo único que hemos ganado es una palabra más, y la psiquiatría ya tiene suficientes palabras. La escuela francesa entendía por disociación un debilitamiento de la consciencia en la medida en que quedaban escindidas una o varias series de representaciones, esto es, se liberaban de la jerarquía de la consciencia del yo e iniciaban una existencia más o menos independiente[77]. Sobre esta base surgió por ejemplo la teoría de la histeria de Breuer y Freud. Según las nuevas formulaciones de Janet, la disociación es la consecuencia del *abaissement du niveau mental*, que destruye la jerarquía y favorece el surgimiento de automatismos o los causa directamente[78]. Qué tipo de automatismos son los que se liberan es algo que han especificado muy bien Breuer y Freud[79]. Pero lo nuevo e importante es la utilización que hace Gross de esta doctrina para la *dementia praecox.* El autor se expresa del siguiente modo acerca de su concepto fundamental:

«La caída de la consciencia en el sentido que yo le doy significa el cese *simultáneo* de las series de asociaciones funcionalmente separadas. .. En mi caso el punto central se encuentra en la concepción de que la actividad de la consciencia debe considerarse como la resultante de muchos procesos psicofísicos que acaecen sincrónicamente»[80].

56 Ambas citas deberían bastar para ilustrar la concepción del autor. Quizá se podría secundar la opinión de que la consciencia (mejor: el contenido de la consciencia) es la resultante de numerosos procesos psicofísicos no conscientes (o inconscientes). Esta visión ofrece incluso un nuevo avance para la psiquiatría frente a la psi-

76. *Über Bewusstseinszerfall,* pp. 45 ss.; además el *Beitrag zur Pathologie des Negativismus\ Zur Nomenklatur «Dementia sejunctiva»* y *Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phdnomene.*

77. Cf. el trabajo fundacional de Janet, *L'Automatisme psychologique.*

78. *Les Obsessions.*

7 9. *Studien über Hysterie.*

80. *Zur Nomenklatur,* p. 1146.

cología de la consciencia más corriente, para la cual más allá del epifenómeno «consciencia» empiezan inmediatamente los fenómenos de nutrición de la célula cerebral. Gross parece representarse el *contenido psíquico* (¡no el contenido de la consciencia!) bajo la forma de series únicas de asociaciones que transcurren en sincronía. Considero que esta comparación es algo confusa; me parece más acertado asumir complejos de representaciones que se tornan sucesivamente conscientes y que se transforman en una constelación por medio de complejos de asociaciones precedentes. El factor aglutinante de estos complejos es determinado afecto[81]. Cuando la enfermedad disuelve la unidad de las series sincrónicas de Gross, hace su entrada la caída de la consciencia. Traducido al lenguaje de la escuela francesa sería: cuando se escinden una o varias series de representaciones estamos ante la disociación, que provoca un debilitamiento de la consciencia. No queremos discutir por palabras: Gross vuelve aquí igualmente al problema del trastorno aperceptivo; pero se aproxima al problema desde un flanco nuevo e interesante, desde el flanco de lo *inconsciente.* Gross intenta descubrir las raíces de los numerosos fenómenos automáticos que irrumpen con una fuerza elemental y extraña en la consciencia de los dementes tempranos. Todo psiquiatra debería estar familiarizado con los signos de los fenómenos automáticos en la vida consciente de los dementes tempranos: son las ideas «autóctonas», los impulsos repentinos, las alucinaciones, los fenómenos del influjo de los pensamientos, las series de representaciones obsesivas con el carácter de lo extraño, el punto muerto y la desaparición de los pensamientos (designado muy acertadamente por una de mis pacientes como «abstinencia de los pensamientos»), inspiraciones (ocurrencias patológicas), etcétera.

57 Gross dice que los fenómenos catatónicos son «modificaciones de la voluntad misma por medio de un agente que es sentido como algo exterior a la continuidad del yo y por tanto es interpretado como una potencia extraña». Son una «sustitución de la voluntad de continuidad del yo por una intercalación de otras series de la consciencia».

> Debemos pensar que muchas —queremos decir series de asociaciones— simultáneas y sin influencia recíproca pueden desembocar en el órgano de la consciencia. De estas series de la consciencia una tendrá que transformarse en el soporte de continuidad de la misma.

81. Las puras leyes de asociación juegan un papel muy insignificante frente a la todopoderosa constelación del sentimiento. Exactamente igual que en la vida real, en donde la lógica del pensamiento no significa nada frente a la lógica del sentimiento.

Las restantes series de asociaciones son naturalmente «subconscientes» o, mejor, «inconscientes». Ahora bien, en todo momento tiene que ser posible que también en ellas la energía nerviosa aumente y alcance tal nivel que la atención se dirija repentinamente a uno de *sus* eslabones finales, esto es, que sin mediación un eslabón de una serie de asociaciones inconsciente se intercale en la continuidad de los eslabones dominantes hasta ese momento. Cuando se cumplen estas premisas, el proceso subjetivo concomitante solamente puede ser que algún fenómeno psíquico sea percibido como algo que ingresa sin mediaciones en la consciencia y que es completamente ajeno a la continuidad de ella. Parece casi inevitable que tenga que agregarse la idea explicativa de que el fenómeno psíquico en cuestión (representación) no se origina en los propios órganos de la consciencia, sino que ha sido arrojado a la misma desde fuera[82].

58 Como ya he dicho, en esta hipótesis falla el supuesto de las series independientes de asociaciones sincronizadas. La psicología normal no nos ofrece para esto ningún tipo de apoyo. Allí donde podemos investigar de la mejor manera posible las series de representaciones escindidas, en la histeria, encontramos que se confirma lo opuesto: incluso cuando se trata de series que parecen estar completamente separadas encontramos en algún lugar oculto el puente que conduce de una serie a otra[83]. En el alma todo está intercomunicado: el alma actual es el resultado de millones de constelaciones.

59 Dejando de lado esta objeción menor, creo poder decir que la hipótesis de Gross es feliz. Nos enseña, dicho brevemente, que *las raíces de todos los fenómenos automáticos se encuentran en las unidades de asociaciones inconscientes.* Si la consciencia «cae» *(abaissement du niveau mental,* debilidad aperceptiva), al mismo tiempo se liberan de toda inhibición los complejos que existen junto a la consciencia y pueden irrumpir en la consciencia del yo. Esta concepción es eminentemente psicológica y coincide claramente con las doctrinas de la escuela francesa, con las experiencias del hipnotismo y del análisis de la histeria. Si provocamos una serie de representaciones escindida mediante la sugestión bajo el debilitamiento de la consciencia, por ejemplo en el caso de la orden poshipnótica, el resultado es que la serie escindida vuelve a prorrumpir con una fuerza inexplicable para la consciencia del yo. También

82. *Zur Differentialdiagnostik.*

83. He demostrado minuciosamente este punto (a propósito de Flournoy) en un caso de sonambulismo *(Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* [OC 1,1]).

en la psicología de los sonámbulos extáticos encontramos de forma típica las irrupciones de las series escindidas[84].

60 Pero lamentablemente Gross deja *una* pregunta abierta, a saber: ¿cuáles son las series de representaciones escindidas, de qué especie es su contenido?

61 Bastante antes de los escritos de Gross, Freud había contestado con brillantez a esta pregunta. Ya en 1893 Freud[85] mostró de modo preliminar cómo un delirio alucinatorio surge de un afecto que resulta intolerable a la consciencia, cómo este delirio es una compensación de deseos no satisfechos, cómo el ser humano huye de cierto modo hacia la psicosis para hallar allí, en el sueño delirante de la enfermedad, lo que la realidad le ha negado. En 1896 Freud analizó una enfermedad paranoide, que según Kraepelin debe incluirse entre las formas paranoides de la *dementia praecox,* y demostró de qué modo sus síntomas están determinados exactamente por el esquema de transformación de los mecanismos histéricos. Freud sostuvo en esa ocasión que *también la paranoia o el grupo de casos pertenecientes a ella es una neuropsicosis defensiva, esto es, que surge, al igual que la histeria y que las representaciones obsesivas, de la represión de recuerdos penosos y que la forma de sus síntomas está determinada por el contenido de lo reprimido*[86].

62 En vista de la considerable importancia de una hipótesis de este tipo merece la pena profundizar con más detalle en este análisis clásico de Freud:

63 El caso es el de una mujer de treinta años que enferma con síntomas conocidos: el entorno ha cambiado, se le falta el respeto, es ofendida, observada, se conocen sus pensamientos. Más tarde aparece en ella el pensamiento de que *es observada por la noche cuando se desviste,* después aparecen *sensaciones en el bajo vientre* que cree que han sido causadas *por un pensamiento indecente de la doncella.* Luego surgen también visiones que muestran genitales masculinos y femeninos al descubierto. Cuando se encuentra sola con mujeres alucina sobre el genital femenino y tiene la sensación *de que la otra mujer también ve su genital (el de la paciente).*

64 Freud analizó este caso. Constató que la paciente se comportaba exactamente como una histérica (esto es, que mostraba las mismas resistencias, etc.). Pero lo inusual era que los pensamientos reprimidos no aparecían como en la histeria, bajo la forma de

84. Compárese sobre todo con las magníficas pruebas de escritura de Héléne Smith (Flournoy, *Des Indes á la planéte Mars).*

85. Breuer *y* Freud, *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phanomene.*

86. *Weitere Bemerkungen über Abwebr-Neuropsychosen,* pp. 124 ss.

ocurrencias unidas por un débil lazo, sino *bajo la forma de alucinaciones internas-, por eso las comparó con sus voces.* (Más adelante tendré ocasión de aportar una prueba experimental para esta observación.) Las mencionadas alucinaciones aparecieron cuando la paciente vio en la institución psiquiátrica a varias pacientes femeninas desnudas en la sala de duchas. «Aquí se podría presuponer que estas impresiones se repetían solamente porque se había unido un gran interés a ellas». La paciente reconoció haberse avergonzado en esa ocasión por las mujeres. Esta vergüenza algo obsesiva y altruista llamaba la atención y apuntaba hacia algo reprimido. La paciente reprodujo «una serie de escenas desde su decimoséptimo año de vida hasta el octavo en las cuales se avergonzaba de su desnudez en el baño ante su madre, su hermana y el médico; pero la serie desembocaba en una escena a los seis años, en la cual se desvestía en la habitación infantil para irse a la cama sin que la presencia de su hermano la avergonzara». Finalmente reveló que «durante años los hermanos tuvieron la costumbre de mostrarse desnudos antes de irse a dormir». Por aquel entonces no se avergonzaba. «Ahora recuperaba toda la vergüenza que no había tenido cuando era niña».

65 «El comienzo de su desajuste coincidió con una discordia entre su marido y su hermano, a causa de la cual el hermano dejó de frecuentar su casa. Ella siempre había querido mucho a este hermano... Pero además hablaba de un momento en la historia de su enfermedad en que todo por fin "le resultaba claro", esto es, en que llegó al convencimiento de que su suposición de ser generalmente despreciada y de haber enfermado intencionadamente se volvía verdadera. Esta certeza la invadió durante la visita de una cuñada, quien dejó caer las siguientes palabras en el transcurso de la conversación: "¡Si me pasara alguna cosa de ese tipo lo tomaría a la ligera!". La señora P. aceptó de buena fe este juicio en un primer momento; pero una vez que la visita se había ido, le pareció como si en esas palabras estuviera contenida una acusación contra ella, como si estuviese acostumbrada a tomarse a la ligera los asuntos serios, y desde ese momento estuvo segura de ser víctima de la difamación generalizada». Y sobre todo consideró convincente el *tono* en el que había hablado su cuñada. Pero luego se puso de manifiesto que la cuñada había tratado otro tema antes de pronunciar esa frase. Le había contado a la paciente que «en la casa paterna se habían producido todo tipo de complicaciones con los *hermanos,* y a eso... unió la observación: "en toda familia suceden muchas cosas sobre las que es mejor echar un velo. Pero si a ella le pasara alguna cosa de ese tipo lo tomaría a la ligera". La señora P. tuvo que re-

conocer ahora que su contrariedad se había producido con *estas* frases anteriores a la última observación. Debido a que había reprimido estas dos frases que podían despertar algún recuerdo de la relación con su hermano, y había retenido solamente la última frase carente de significado, tuvo que unir la sensación de que su cuñada la acusaba a esa última frase, y puesto que el contenido de la misma no ofrecía ningún apoyo para eso, se desplazó desde el contenido hacia el *tono* con el que habían sido pronunciadas las palabras».

66 Tras esta explicación, Freud se dirigió al análisis de las voces. «Aquí había que explicar principalmente cómo contenidos tan indiferentes como "Aquí va la señora P." — "Ahora busca vivienda" y otras similares podían ser experimentados por ella de un modo tan desagradable». La primera vez que escuchó voces fue tras leer el relato *Die Heiterethei* de O. Ludwig. Después de la lectura salió a pasear por la carretera, y al pasar frente a una casita de campesinos las voces le dijeron repentinamente: «¡Éste es el aspecto que tenía la casa de la Heiterethei! ¡Ahí está el pozo y ahí el arbusto! ¡Qué feliz era en medio de toda "su pobreza"! Después las voces repetían pasajes enteros que acababa de leer», pero que eran irrelevantes por su contenido.

67 «Del análisis resultó que durante la lectura había tenido otros pensamientos y que había sido impresionada por unos pasajes completamente diferentes del libro. Contra estas analogías materiales entre la pareja de la obra literaria y ella y su marido, contra los recuerdos de las intimidades de su vida matrimonial y de los secretos familiares, contra todas estas cosas se había alzado una resistencia represora porque estaban relacionadas con su recelo sexual a través de caminos del pensamiento fácilmente demostrables y que en última instancia desembocaban en el despertar de las vivencias infantiles. A causa de esta censura ejercida por la represión, los pasajes inofensivos e idílicos, unidos a los censurados por medio del contraste y la vecindad, cobraron una fortaleza en la consciencia posibilitada por el hecho de hacerse audibles. La primera de las ocurrencias reprimidas se refería por ejemplo a la calumnia a la que estaba expuesta la solitaria heroína por parte de los vecinos. La paciente encontró fácilmente la analogía con su propia persona. También ella vivía en una localidad pequeña, no tenía relación con nadie y creía ser despreciada por los vecinos. Esta desconfianza hacia sus vecinos tenía... su motivo en que al principio se vio obligada a conformarse con una vivienda pequeña, en la cual *la pared del dormitorio, donde estaba la cama de matrimonio de la joven pareja,* era colindante con una habitación de los vecinos. Al comienzo de su matrimonio se despertó en ella —evidentemente a través de un des-

pertar inconsciente de su relación de niña, en la que habían jugado a ser marido y mujer— un enorme recelo sexual; se preocupaba constantemente de que los vecinos pudiesen oír palabras y ruidos a través del tabique de separación, y esta vergüenza se transformó en ella en suspicacia contra los vecinos».

68 Al analizar otras voces, Freud constató frecuentemente un «carácter de vaguedad diplomática; la alusión enferma estaba por lo general muy escondida, el contexto de cada una de las oraciones aparecía disfrazado por medio de una expresión extraña, por formas poco habituales de hablar y cosas similares: características que suelen ser generalmente comunes a las alucinaciones auditivas de los paranoicos *y* en donde detecto la huella de la tergiversación del compromiso».

69 He dado intencionalmente la palabra al autor de este primer análisis de la paranoia, análisis infinitamente importante para la psicopatología, pues no supe cómo abreviar las brillantes exposiciones de Freud.

70 ¡Retornemos nuevamente a nuestra pregunta acerca del tipo de las series de representaciones escindidas! Ahora vemos qué tipo de contenido otorga Freud a las supuestas series escindidas de Gross: no son otra cosa que los complejos reprimidos, como los padecen los *histéricos**[7] y —*last not least*— los *normales***. El misterio de las series de representaciones reprimidas se manifiesta como un mecanismo psicológico de importancia general y con una existencia totalmente habitual. Freud enfoca con una luz diferente la pregunta discutida por Stransky sobre *la incongruencia entre el contenido de la consciencia y el tono sentimental*^ muestra cómo las representaciones indiferentes, incluso vacías, pueden estar acompañadas de un tono sentimental intenso, pero que han tomado de una representación reprimida. Freud descubre aquí un camino que puede conducirnos a la comprensión del tono sentimental inadecuado en la *dementia praecox.* No es necesario que discuta lo que esto puede significar.

71 Podemos resumir el resultado de las investigaciones freudianas de la siguiente manera: *en la forma y el contenido de los síntomas de esta* dementia praecox *paranoide se exteriorizan pensamientos que resultan intolerables para la consciencia del yo a causa de su carácter desagradable, por lo que fueron reprimidos; estos pensamientos determinan el tipo de las ideas demenciales, de las alucinaciones y de todo el comportamiento en general. Por tanto, cuando hace su entra-*

87. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación, N,* VI, VII y VIII.
88. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV.

da la parálisis aperceptiva en una persona, los automatismos que aparecen contienen los complejos de representación escindidos —se desencadena toda una legión de pensamientos reprimidos—; así podemos generalizar el resultado de los análisis freudianos.

72 Sin haber recibido la influencia de Freud, es sabido que Tiling[89] expresó pensamientos desde el punto de vista de la experiencia clínica que se acercan a las ideas freudianas. También Tiling atribuye una importancia casi incalculable a la individualidad en el surgimiento y en el tipo de psicosis. La psiquiatría moderna indudablemente subestima la importancia del factor individual, quizá no tanto por motivos teóricos sino más bien por un desamparo práctico-psicológico. Por eso se puede seguir a Tiling durante un buen tramo del camino, sin lugar a dudas más de lo que Neisser[90] cree poder acompañarle. Hay que detenerse en la pregunta sobre la etiología, esto es, en el núcleo de la pregunta. La psicología individual no explica el surgimiento de la psicosis, tampoco la de Freud ni la de Tiling. Esto se percibe del modo más claro en el análisis de Freud citado más arriba: los mecanismos «histéricos» descubiertos por él resultan suficientes para explicar el surgimiento de una *histeria-,* pero ¿por qué surge una *dementia praecox?* Si bien es verdad que comprendemos por qué el contenido de las ideas demenciales y de las alucinaciones es éste y no otro, no vemos bien por qué aparecen ideas demenciales y alucinaciones *no-histéricas.* Aquí podría subyacer una causa física que va más allá de toda la psicología. Es más, queremos suponer con Freud que toda forma paranoide de *dementia praecox* transcurre según los mecanismos de la histeria, pero ¿por qué lo paranoico es algo muy estable y resistente, mientras que la histeria se caracteriza precisamente por una gran movilidad de los síntomas?

73 Aquí nos topamos con un nuevo momento de la enfermedad. La movilidad de los síntomas histéricos descansa sobre la movilidad de los afectos, mientras que lo paranoico se caracteriza, como afirma Neisser[91], por la *fijación de los afectos.* Este pensamiento, sumamente importante para la doctrina de la *dementia praecox,* es formulado de la siguiente manera por Neisser[92]: «Desde el exterior se produce solamente una asimilación muy débil, el paciente va per-

89. *Individuelle Geistesartung und Geistesstörung-,* además *Zur Ätiologie der Geistesstörungen,* pp. 561 ss.

90. *Individualität und Psychose.*

91. L.c., p. 29.

92. De todos modos Neisser escribe esto solamente para la paranoia, aunque apenas entienda bajo este término la paranoia originaria (Kraepelin). Su exposición es adecuada principalmente para lo paranoide. [Cita, pp. 28 s.].

diendo la capacidad de ejercer una influencia activa sobre la marcha de sus representaciones, y de este modo surgen, con unas dimensiones mucho más amplias de lo normal, grupos separados de complejos de representaciones que, desde el punto de vista del contenido, solamente están unidas por la relación... que las aglutina a todas, pero que apenas tienen otra fusión entre sí y de las cuales, a veces unas, a veces otras, determinan con más energía la dirección del trabajo y la asociación psíquicas dependiendo de la constelación del momento. Se prepara una caída gradual de la personalidad, que en cierta manera se convierte en espectadora pasiva de las impresiones que fluyen hacia ella desde las diferentes fuentes de estimulación y en juguete sin voluntad de las excitaciones generadas por ellas. Los afectos, que normalmente están destinados a regular nuestras relaciones con el mundo circundante y a servir de intermediarios para que podamos ajustarnos a él, que representan una medida de seguridad para el organismo y para las fuerzas motrices de la conservación propia, se encuentran distanciados de su objetivo natural. Lo que se consigue por medio de la fuerte insistencia sentimental de los procesos de pensamientos demenciales condicionada orgánicamente es que en el caso de una excitación agradable, da igual la que sea, se reproducen *siempre* éstos y *sólo éstos.* Esta *fijación de los afectos...* destruye la capacidad de empatia y de compasión y conduce a un aislamiento cómodo del enfermo, que corre en paralelo a su enajenamiento intelectual».

74 Neisser describe aquí el cuadro ya familiar para nosotros del *atontamiento aperceptivo:* carencia de adquisiciones nuevas, parálisis del progreso con una meta (ajustada a la realidad), caída de la personalidad, autonomía de los complejos. Al final agrega la «fijación de los afectos», esto es, la fijación de los complejos de representaciones con carga sentimental. (Pues los afectos tienen por regla general un contenido intelectual que no necesita siempre ser conocido.) A partir de esto explica el vaciamiento cómodo. (Masselon descubrió para esto la acertada expresión de «coagulación».) La «fijación de los afectos» significa, por tanto, siguiendo el ejemplo de Freud: *los complejos reprimidos (los sustentadores de los afectos) ya no pueden ser eliminados del proceso de la consciencia; permanecen, y por medio de esta permanencia impiden que la personalidad continúe desarrollándose.*

75 A fin de prevenir malentendidos, debo mencionar aquí que el dominio continuo de un complejo fuerte de la vida anímica normal únicamente puede conducir a la histeria. Las consecuencias del afecto histérico son diferentes a los fenómenos complejos de la *dementia praecox* por consiguiente, debemos postular para el surgimien-

to de la *dementia praecox* una disposición completamente diferente a la de la histeria. Si se permite una suposición meramente hipotética, quizá se podría aceptar el siguiente razonamiento: el complejo histérico desata consecuencias reparables; en cambio, el afecto de la *dementia praecox* ocasiona la aparición de un intercambio anómalo de sustancias (¿toxinas?) que daña el cerebro de modo más o menos irreparable, de tal manera que las funciones psíquicas superiores quedan paralizadas a causa del defecto. De este modo se dificulta o anula la posibilidad de adquirir complejos nuevos, el complejo patógeno, o mejor dicho: el complejo desencadenante sigue siendo el último y la personalidad queda detenida de manera definitiva para su desarrollo posterior. A pesar de una cadena causal aparentemente completa de procesos psicológicos que conduce desde lo normal hacia lo patológico, nunca hay que dejar de lado la posibilidad de que la modificación del metabolismo (en el sentido de Kraepelin) pueda ser primaria en ciertos casos, con lo cual el ocasional complejo último y más nuevo estaría «coagulado» y los síntomas determinados por el contenido. Nuestra experiencia está lejos de poder descartar esta posibilidad.

Resumen del primer capítulo

76 Esta antología de la literatura científica muestra en mi opinión muy claramente cómo todas las visiones e investigaciones que aparentemente poco tienen que ver entre sí convergen sin embargo en la misma meta; las observaciones y alusiones cosechadas en los territorios más diferentes de la *dementia praecox* estimulan sobre todo la idea de un trastorno totalmente central, documentado con diferentes nombres: atontamiento aperceptivo (Weygandt); disociación, *abaissement du niveau mental* (Janet, Masselon); caída de la consciencia (Gross); caída de la personalidad (Neisser y otros). Luego se pone de relieve la tendencia a la fijación (Masselon, Neisser), y de aquí Neisser deriva el vaciamiento cómodo; Freud y Gross encuentran significativa la presencia de series de representaciones escindidas, en lo que a Freud le corresponde el mérito de haber demostrado por primera vez en un caso de *dementia praecox* paranoide el principio de conversión (represión y reaparición mediada de los complejos). Pero los mecanismos freudianos no alcanzan para explicar por qué surge una *dementia praecox* y no una histeria; debe postularse por tanto una consecuencia específica del afecto (¿toxinas?) para la *dementia praecox* que consiga la fijación definitiva del complejo bajo el deterioro de la totalidad de la función psíquica. No se puede negar la posibilidad de que la «intoxicación» aparezca también prima-

riamente por causas «somáticas» y que posteriormente se apodere del último complejo existente por azar y lo transforme patológicamente.

2. EL COMPLEJO AFECTIVO Y SUS EFECTOS GENERALES SOBRE LA PSIQUE

77 Mis hipótesis teóricas para la comprensión de la psicología del demente temprano quedan prácticamente agotadas en el contenido del primer capítulo, pues Freud, en el fondo, ha dicho todo lo esencial en sus trabajos sobre la histeria, la neurosis obsesiva y el sueño. De todos modos, nuestros conceptos conquistados sobre una base experimental difieren un poco de los de Freud, pero quizá también el concepto del *complejo afectivo* vaya algo más allá del alcance de las intuiciones freudianas.

78 El fundamento esencial de nuestra personalidad es la afectividad[93] [94]. El pensamiento y la acción son, por así decirlo, meros síntomas de la *afectividad*[34]. Los elementos psíquicos de la vida, de las sensaciones, de las representaciones y de los sentimientos se dan en la consciencia bajo la forma de unidades determinadas que, para arriesgar una analogía con la química, podrían compararse con la *molécula.*

79 Ejemplo: *Me encuentro en la calle con un viejo compañero-,* a partir de esto surge en mi cerebro una imagen, una *unidad funcional'.* la imagen de mi compañero X. En esta unidad («molécula») distinguimos tres componentes («radicales»): *impresión sensible, componentes intelectuales* (representación, imágenes de la memoria,

93. Bleuler propone la expresión «afectividad» para sentimiento — ánimo — afecto — emoción, «que no debe designar solamente los afectos en sentido real, sino también los sutiles sentimientos o tonos sentimentales del placer y del disgusto en todas las vivencias posibles» *(Affektivitat, Suggestibilitat, Paranoia,* p. 6).

94. Bleuler dice: «Así pues, la afectividad —mucho más que la reflexión— es la fuerza motriz en todas nuestras acciones y omisiones. Probablemente actuemos *solamente* bajo el influjo de sentimientos de placer y disgusto; las reflexiones lógicas obtienen su fuerza motriz sólo a través de los afectos unidos a ellas... *La afectividad es el concepto más amplio, del cual el querer y el anhelar significan solamente una faceta»* (l.c., p. 17). Godfernaux dice: «L'état affectif est le fait dominateur, les idées n'en sont que les sujettes. — La logiquc des raisonnements n'est que la cause apparente de ces volte-faces de la pensée. — Au-dessous des lois froides et rationnelles de l'association des idées, il y en a d'autres bien plus conformes aux nécessités profondes de l'existence. C'est là logique du sentiment» [El estado afectivo es el hecho dominante, las ideas no son otra cosa que los sujetos. La lógica de los razonamientos no es otra cosa que la causa aparente de esos giros del pensamiento. Debajo de las leyes frías *y* racionales de la asociación de ideas, hay otras mucho más acordes con las necesidades profundas de la existencia. Es la lógica del sentimiento] *(Le Sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques,* pp. 83 ss.).

juicios, etc.), *tono afectivo*[95]. Estos tres componentes están unidos en una relación estrecha, de tal manera que cuando aparece la imagen de X en la memoria todos los restantes elementos ya están ahí. (La impresión sensible está representada por una excitación centrífuga de la esfera sensible correspondiente.) Por eso estoy autorizado a hablar aquí de una *unidad funcional.*

80 *En una ocasión este compañero* X, *por medio de habladurías imprudentes, me implicó en una historia desagradable cuyas consecuencias tuve que sufrir durante largo tiempo.* La historia comprende en sí una gran cantidad de asociaciones (puede compararse con un cuerpo construido por innumerables moléculas). En ella están comprendidos muchas personas, cosas y sucesos. La unidad funcional «mi compañero» es una figura entre muchas. Toda la masa de recuerdos tiene un *determinado tono afectivo,* un vivo sentimiento de *disgusto.* Cada molécula participa de este *tono afectivo,* de tal manera que cuando aparece sola o en otras conexiones siempre lleva consigo este *tono afectivo,* y lo hace con tanta más claridad cuanto más clara sea su relación con el gran conglomerado[96].

81 En una ocasión experimenté el siguiente ejemplo: fui a pasear con un señor muy sensible, histérico. En un pueblo sonaron las campanas de la iglesia (un repique nuevo y con una armonía sincronizada de un modo muy bello). Mi acompañante, que en general posee mucha sensibilidad para este tipo de impresiones, comenzó repentina e inesperadamente a insultar: no podía soportar ese repugnante repique en tono mayor. Sonaba abominable. Se trataba de una iglesia desagradable y de un pueblo antipático. (El pueblo es conocido por su encantadora ubicación.) Este afecto llamativamente inadecuado me interesó y seguí investigando: mi acompañante comenzó a arremeter contra el párroco local; como motivo adujo que el párroco tenía una barba desagradable y que componía malos poemas.

95. Cf. Bleuler: «Al igual que en la impresión luminosa más simple podemos distinguir entre la calidad..., la intensidad y la saturación, del mismo modo podemos hablar de los sucesos del conocimiento..., del sentimiento, de la voluntad, si bien sabemos que no existe *ningún suceso psíquico* al que no le correspondan las tres cualidades, aunque a veces aparece en primer plano una de ellas y en otros casos otra» (l.c., p. 5). [Interrupción de Jung]. Por tanto, Bleuler clasifica las «formas psíquicas» en *«preponderantemente* intelectuales, *preponderantemente* afectivas *y preponderantemente* voluntarias» (l.c., p. 5).

96. Se podría comparar directamente este comportamiento con la música wagneriana. El *leitmotiv* designa (en cierto sentido, en tanto que tono afectivo) un importante complejo representativo para la construcción dramática (Walhalla, contrato, etc.). En cada ocasión en que la acción o el discurso afectan a un complejo o a otro, el *leitmotiv* correspondiente resuena en alguna variante. Exactamente lo mismo sucede en la vida psicológica habitual: los *leitmotiv* son tonos afectivos de nuestros complejos; nuestras acciones y estados de ánimo son modificaciones de los *leitmotiv.*

Ahora bien, mi acompañante tiene inclinaciones líricas. El afecto radicaba, por tanto, en la competencia poética.

82 El ejemplo muestra cómo la molécula (el repique, etc.) formaba parte del tono afectivo de toda la masa de representaciones[97] [98] (la competencia poética), que nosotros designaremos con el nombre de *complejo afectivo.* Concebido en este sentido, *el complejo es una unidad psíquica más elevada.* Si investigamos nuestro material psíquico (por ejemplo, con ayuda del experimento de asociación), encontraremos que *de algún modo cualquier tipo de asociación pertenece a uno u otro complejo™.* Sin embargo resulta complicado realizar la prueba en la práctica; pero vemos que, cuanto más minuciosamente analizamos, más se comprueba la pertenencia de las asociaciones individuales a los complejos. Es indudable que *una* pertenencia es la suprema: *la pertenencia al complejo del yo.* El complejo del yo es la instancia psíquica más alta en la persona normal: entendemos por esto la masa de representaciones del yo, que pensamos acompañada por el poderoso y siempre vivo tono afectivo del propio cuerpo.

83 El tono afectivo es un estado afectivo que está acompañado de inervaciones corporales. *El yo es la expresión psicológica de la estrecha unión entre todas las sensaciones corporales compartidas.* Por eso la personalidad propia es el complejo más firme y fuerte, y se afirma a sí misma (presuponiendo la salud) a través de todas las tormentas psicológicas. Y por eso sucede que las representaciones que afectan inmediatamente a la propia persona son siempre las más estables e interesantes, lo que quizá puede expresarse con otras palabras: tienen el *tono de atención* más fuerte. (La atención es, en el sentido de Bleuler, un estado afectivo[99].)

El efecto del complejo agudo

84 La realidad se encarga de que el apacible girar de las representaciones egocéntricas se vea interrumpido con frecuencia por medio de representaciones con un fuerte tono afectivo, los denominados

97. Las representaciones individuales están unidas entre sí según las diferentes leyes asociativas (similitud, coexistencia, etc.). Pero es por medio del afecto que se seleccionan y agrupan en uniones más elevadas.

98. Remito a mis *Estudios diagnósticos de asociación,* JV.

99. Bleuler dice: *«La atención no es más que. un caso especial de la influencia afectiva-» (Affektivitat,* p. 31); «La atención, al igual que todas nuestras acciones, es dirigida por un afecto, o expresado de modo más correcto: *la atención es tina faceta de la afectividad, que no hace otra cosa que lo que ya conocemos de ella, en la medida en que abre ciertas asociaciones e inhibe otras» (ibid.,* p. 30).

afectos. Una *situación amenazante* aparta el tranquilo juego de las representaciones imponiendo en su lugar un complejo con otras representaciones con un tono afectivo más fuerte. El nuevo complejo deja todo lo demás en un segundo plano; él es momentáneamente *lo más claro,* ya que inhibe totalmente las restantes representaciones. De las representaciones directamente egocéntricas deja que *persista solamente aquello que se ajusta a su situación* y eventualmente puede reprimir incluso las contrarrepresentaciones más fuertes hasta la inconsciencia (momentánea) total. Ahora posee el *tono de atención* más fuerte. (Por eso no decimos: dirigimos la atención hacia algo, sino: en esta representación aparece el estado de atención[100].)

85 ¿De dónde toma un complejo de representaciones su fuerza inhibidora o afirmadora?

86 Hemos visto que el complejo del yo, gracias a su unión directa con las sensaciones corporales compartidas, es el complejo más estable y rico en asociaciones. La percepción de la situación amenazante provoca *miedo-,* el miedo es un afecto, seguido por tanto de estados corporales, de una compleja armonía de tensiones musculares y de excitaciones del simpático. Por tanto, la percepción ha encontrado su camino hacia la inervación corporal y de este modo asiste inmediatamente a su complejo asociativo para que éste se imponga. A través del miedo se modifican innumerables sensaciones corporales compartidas, por lo cual cambian la mayoría de las sensaciones, que son el fundamento del yo más cotidiano. En correspondencia con esto, el yo cotidiano pierde el tono de atención (o la claridad, o el efecto alentador o inhibidor sobre otras asociaciones o sobre otros sinónimos). Este yo debe ceder ante las otras sensaciones compartidas más fuertes del nuevo complejo, pero por lo general no se extingue totalmente, sino que permanece un yo-afectivo[101], pues tampoco los afectos más fuertes pueden modificar todas las sensaciones compartidas que fundamentan el yo. Como muestra la experiencia más cotidiana, el yo-afectivo es un complejo débil, que está muy por debajo del complejo afectivo en lo que se refiere a la *fuerza integradora.*

100. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* I, sección B.

101. Con el «yo-afectivo» designo por tanto la modificación del complejo del yo surgida a causa de la entrada de un complejo con tono fuerte. La modificación subsiste por lo general en el caso de los afectos de disgusto y por medio de una restricción, de un retroceso de muchas partes del yo normal. Muchos otros deseos, intereses y afectos deben evitar el nuevo complejo en la medida en que están enfrentados a él. Del yo subsiste en el afecto solamente una reducción a lo más necesario; piénsese, por ejemplo, en las escenas del incendio de un teatro o de un naufragio, en donde la cultura desaparece en un abrir y cerrar de ojos y hace su aparición la desconsideración más sangrienta.

87 Supongamos que la situación amenazante se resuelve rápidamente: el complejo pierde pronto el tono de atención, puesto que las sensaciones compartidas adquieren gradualmente su carácter habitual. De todos modos, el afecto continúa actuando prolongadamente entre sus componentes corporales y, por tanto, también entre los psíquicos; durante un buen rato «le tiemblan a uno las piernas», el corazón late excitado, el rostro aparece rojo o pálido, apenas «puede uno recobrarse del susto». De vez en cuando, al comienzo a intervalos breves, luego más largos, retorna la imagen del miedo cargada de nuevas asociaciones y desata olas de ecos afectivos. Esta *perseverancia del afecto, junto a la gran intensidad del sentimiento,* es un motivo del aumento proporcional de la riqueza de las asociaciones correspondientes. Por eso los complejos amplios son siempre fuertemente afectivos y a la inversa: los afectos fuertes dejan siempre tras de sí amplios complejos, lo que se debe simplemente a que, por un lado, los grandes complejos comprenden en sí mismos numerosas inervaciones corporales y, por otro lado, a que los afectos fuertes son capaces de reunir muchas asociaciones gracias a su excitación corporal, general, fuerte y duradera. Normalmente los afectos pueden seguir actuando durante un tiempo indeterminadamente largo (trastornos estomacales y del corazón, insomnio, temblores, etc.). Pero se extinguen de forma gradual, las representaciones del complejo desaparecen de la consciencia, sólo en los sueños se anuncian de vez en cuando alusiones más o menos enmascaradas. En las asociaciones se muestran *durante años* a través de los característicos trastornos del complejo. Pero su disolución gradual va acompañada de una peculiaridad psicológica general: la disposición a reaparecer casi con la misma fuerza que en el pasado ante estímulos similares pero más débiles. Durante largo tiempo sigue dominando una *sensibilidad del complejo,* que es como deseo llamar a este estado. Un niño que ha sido mordido por un perro grita muy asustado cuando ve un perro en la lejanía. Las personas que han recibido una mala noticia abren cada carta con temblor, etc. Estos efectos del complejo, que en muchas ocasiones se extienden a largo plazo, nos conducen a la consideración del

efecto crónico del complejo.

88 Aquí debemos distinguir dos cuestiones:

Existe un efecto del complejo que se extiende a muy largo plazo y que a menudo ha sido provocado por un afecto único.

Pero también existe un efecto crónico del complejo, que se vuelve duradero en la medida en que el afecto es avivado de continuo.

89 La mejor manera de visualizar el primer grupo es a través de la leyenda de Raimundo Lulio, quien durante mucho tiempo cortejó a una dama como aventurero galante. Al fin obtuvo la anhelada esquela que lo invitaba a una cita nocturna. Lulio arribó lleno de esperanzas al lugar determinado, y cuando se acercó a la dama que lo esperaba, ésta abrió su vestido y le descubrió sus pechos roídos por un cáncer. Este suceso impresionó de tal manera a Lulio que desde ese momento consagró su vida a un ascetismo devoto.

90 Existen impresiones que marcan para toda la vida. Son muy conocidos los efectos duraderos de las impresiones religiosas poderosas o de los sucesos que conmocionan. Los efectos suelen ser especialmente fuertes en la juventud. A eso apunta, por cierto, la educación, esto es, enseñar al niño complejos duraderos. La duración del complejo está garantizada por un *tono afectivo constantemente vivo.* Si el tono afectivo se extingue, también se extinguirá el complejo. La existencia continua de un complejo afectivo tiene naturalmente el mismo efecto de constelación sobre el resto de la actividad psíquica que un afecto agudo. Lo que se ajusta al complejo es aceptado, todo lo restante se excluye o al menos se inhibe. Vemos los mejores ejemplos en las convicciones religiosas. No existe motivo tan manido como para no alegarlo si es *a favor*, contra él no se sostienen los argumentos más fuertes y plausibles *en contra-, simplemente resbalan,* pues las inhibiciones del sentimiento son más fuertes que toda lógica. Incluso en personas muy inteligentes, que cuentan con vasta formación y experiencia, se puede observar en ocasiones una ceguera formal, una anestesia verdaderamente sistemática cuando se las trata de convencer, por ejemplo, del determinismo. ¡Cuán a menudo experimentamos que una impresión única y desagradable les enseña a muchos seres humanos un juicio inquebrantablemente falso, contra el que nada puede la lógica más afilada!

91 Los efectos del complejo no se extienden meramente al pensamiento, sino también a la acción, a la que puede obligar a circular continuamente en determinadas direcciones. ¡Cuántas personas participan irreflexivamente de los ritos religiosos y de cualquier otro tipo de acciones infundadas, aunque intelectualmente se encuentren más allá de estos fenómenos!

92 El segundo grupo del efecto crónico del complejo, donde el tono afectivo es alimentado continuamente por estímulos actuales, ofrece los mejores ejemplos de constelaciones del complejo. Los efectos más fuertes y continuos los muestran por cierto los complejos sexuales, en donde el tono afectivo por ejemplo es alimentado continuamente por la insatisfacción sexual. Un vistazo a las leyendas de santos o a las novelas *Lourdes* o *El sueño* de Zola pro-

porciona ejemplos riquísimos. Pero las constelaciones no son siempre tan toscas y evidentes, sino que a menudo se trata de influjos sobre el pensamiento y la acción que son muy sutiles y están ocultos bajo símbolos. Remito a los numerosos e instructivos ejemplos que aporta Freud. El autor presenta como caso especial de la constelación el concepto de *acción sintomática.* (En realidad debería hablarse del «pensamiento sintomático» y del «accionar sintomático».) En su *Psicopatología de la vida cotidiana* Freud muestra cómo en las distorsiones aparentemente casuales de la acción (errores, equivocaciones al hablar, al leer, olvidos, etc.) intervienen pensamientos del complejo en forma de constelación. En *La interpretación de los sueños* demuestra el mismo influjo sobre nuestros *sueños.* En nuestros trabajos hemos aportado pruebas experimentales de que los complejos también distorsionan el *experimento de asociación* de un modo característico y regular. (Llamativa serenidad de la reacción, perseveración, alargamiento del tiempo de reacción, eventual suspensión de la reacción, olvido posterior de las reacciones críticas o poscríticas[102], etcétera.)

93 Estas observaciones nos ofrecen valiosas señales para la teoría del complejo. En la elección de mis palabras-estímulo he tenido en cuenta la utilización de palabras usuales del lenguaje cotidiano principalmente para evitar las dificultades que puedan interpretarse como intelectuales. Se podría esperar que un sujeto de experimentación educado reaccione «llanamente» ante ellas. Pero no es así. Con las palabras más simples aparecen atascos y otros trastornos que pueden explicarse solamente por el hecho de que un complejo ha sido avivado por la palabra-estímulo. Pero ¿por qué no puede reproducirse «llanamente» una representación unida íntimamente a un complejo? Como motivo del impedimento hay que aducir en primer lugar la *inhibición del sentimiento.* Los complejos se encuentran generalmente en un estado de *represión^* por regla general se trata de los secretos más íntimos, que se protegen angustiosamente, secretos que no se *quieren* o no se *pueden* revelar. Normalmente la represión puede incluso ser tan fuerte que se tiene una *amnesia histérica* del complejo, esto es, se tiene el sentimiento de una re-

102. Cf. Jung, «Observaciones experimentales sobre la facultad de recordar» [OC 2,4]. Freud agrega (*Traumdeutung*$_y$ pp. 301 s.): «Cuando el informe de un sueño se me aparece en un primer momento como difícilmente comprensible, le pido al narrador que lo repita. Es raro que esta repetición se narre con las mismas palabras. Ahora bien, los pasajes en donde el narrador ha cambiado las palabras son los pasajes que se me revelan como aquellos en donde el disfraz del sueño es débil... He advertido al narrador que pienso tomarme especial trabajo para solucionar el sueño; entonces, bajo el impulso de la represión, protege rápidamente los pasajes débiles del disfraz del sueño sustituyendo una expresión reveladora por una más lejana».

presentación emergente, de un contexto significativo, pero una vacilación indeterminada retiene la reproducción. Se tiene la sensación de que hay algo que decir, pero que vuelve a olvidarse al instante. *Lo que se escapa es el pensamiento del complejo.* A veces aparece una reacción que contiene inconscientemente el pensamiento del complejo; pero se es *ciego* frente a ella, y es solamente el experimentador quien puede conducirlo a uno por el camino correcto. La resistencia represora llega también posteriormente a un efecto llamativo en el experimento de reproducción. Las afectadas por la amnesia son preferentemente las reacciones críticas y poscríticas. Todos estos hechos indican que el complejo tiene una cierta posición de excepción frente al material psíquico más indiferente. Las reacciones indiferentes ocurren «llanamente» con tiempos de reacción en lo posible breves: *se encuentran por tanto en todo momento a merced del complejo del yo.* ¡Completamente distinto es el caso de las reacciones del complejo! Estas aparecen sólo a regañadientes, se vuelven a sustraer al complejo del yo en su mismo surgimiento, poseen una formación particular, a menudo son reacciones de la vergüenza, de las que ni siquiera el complejo de) yo sabe a ciencia cierta cómo llegó hasta ellas; con frecuencia caen después rápidamente en la amnesia, en oposición a las reacciones indiferentes, que tienen a menudo una gran estabilidad y se dejan reproducir del mismo modo después de meses y años. *Por consiguiente, las asociaciones del complejo están mucho menos a disposición del complejo del yo que las indiferentes.* De esto se concluye que el complejo adopta una *posición* relativamente *independiente* frente al complejo del yo; es un vasallo que no se doblega incondicionalmente ante el dominio del complejo del yo. Ahora bien, la experiencia enseña que, cuanto más fuerte es el tono afectivo de un complejo, más fuertes y frecuentes serán las distorsiones del experimento. Una persona que tenga un complejo afectivamente fuerte se encuentra mucho más imposibilitada para reaccionar «llanamente» (¡no sólo ante el experimento de asociación, sino también ante todos los estímulos de la vida cotidiana!); antes bien, se encuentra constantemente impedida e imposibilitada por los influjos incontrolables del complejo. Su *autodominio* (el dominio de sus humores, pensamientos, palabras, acciones) sufre en proporción a la fortaleza del complejo. La *intencionalidad de su accionar* es sustituida cada vez más por errores, infracciones y veleidades impremeditadas, para las que ni él mismo sabe aducir ningún motivo. Una persona con un complejo fuerte presenta por eso intensos trastornos en el experimento de asociación; una cantidad de palabras-estímulo aparentemente inocentes avivan el complejo. Pondré dos ejemplos que aclaran lo dicho:

94 1. La palabra-estímulo «blanco» tiene numerosas conexiones establecidas. Pero el sujeto de experimentación puede reaccionar con «negro» sólo de modo dubitativo. A fin de aclarar, reproduzco aquí toda una serie de ocurrencias unidas al «blanco»: «blanca es la nieve, la sábana, *la cara de un muerto». El sujeto de experimentación ha perdido hace poco un pariente muy querido.* El contraste establecido con «negro» puede significar eventualmente lo mismo, *el luto.*

95 2. «Pintar» estimula dubitativamente la reacción: «los paisajes». Esta curiosa reacción se aclara mediante las siguientes ocurrencias sucesivas: «Se pueden pintar paisajes, también retratos, rostros — *también las mejillas cuando se tienen arrugas».* El sujeto de experimentación, una señorita entrada en años, que anhela con congoja a un amante fugitivo, dedica a su cuerpo (como acción sintomática) una cariñosa atención y ha priorizado el pensamiento de presentarse más atractiva por medio del *maquillaje.* «Se pinta el rostro cuando se hace teatro, yo también he actuado en una ocasión». Y ha actuado en teatro, debemos agregar, *en el tiempo en que todavía poseía al amante perdido.*

96 Las asociaciones de personas con complejos fuertes están llenas de ejemplos de este tipo. Pero el experimento de asociación es solamente un reflejo de la vida psicológica cotidiana. También en todas las restantes reacciones psíquicas es demostrable la *sensibilidad del complejo.*

97 1. Una dama joven no soporta que se sacuda su abrigo. Esta reacción llamativa puede remitirse al hecho de que tiene una predisposición hacia el masoquismo, predisposición que se origina porque su padre en la infancia la castigaba frecuentemente *a posteriori,* por lo cual se generaban estados de excitación sexuales. Por eso reacciona con una furia formal frente a todo lo que desde lejos parece un castigo, reacción que se transforma rápidamente en excitación sexual y masturbación. Cuando una vez, en una ocasión bastante indiferente, le dije: «Usted no tiene más que obedecer», le sobrevino una fuerte excitación sexual.

98 2. Un señor Y se enamora sin éxito de una dama que pronto se casa con el señor X. Aunque el señor Y conoce al señor X desde hace bastante tiempo e incluso tiene relaciones de negocios con él, olvida una y otra vez su nombre, por lo que tiene que preguntar muchas veces a otras personas cuando quiere mantener correspondencia con él.

99 3. Una joven histérica es atacada sexualmente y de modo sorpresivo por su amante, con lo cual se asusta principalmente por el miembro erecto del seductor. El resultado es que un *brazo* se le queda *tieso.*

100 4. Una joven dama me cuenta inocentemente un sueño. Durante la narración *esconde su rostro de modo llamativo y absurdo detrás de una cortina.* El análisis del sueño arroja por resultado un *deseo sexual* que explica totalmente la reacción de vergüenza[103].

101 5. Muchas personas llevan a cabo acciones extraordinariamente complicadas que, en el fondo, no significan realmente nada más que un símbolo del complejo. Conozco a una chica joven que en sus paseos lleva con muchísimo gusto un cochecito para niños, y lo hace, como me confesó con vergüenza, porque de ese modo se la tiene por una mujer joven. Las damas solteras de más edad suelen utilizar perros y gatos como símbolos del complejo.

102 Como muestran estos ejemplos, el pensamiento y la acción resultan continuamente distorsionados y desfigurados por un complejo fuerte, tanto en lo grande como en lo pequeño. El complejo del yo en cierto modo ya no es la persona total, sino que existe junto a él un segundo ser, que vive la vida a su manera y de este modo obstaculiza y distorsiona el desarrollo y el progreso del complejo del yo, pues las acciones sintomáticas requieren a menudo tiempo y esfuerzo que se pierden en el complejo del yo. Ahora bien, podemos imaginar fácilmente cómo es influida la psique cuando el complejo aumenta en intensidad. Los complejos sexuales aportan siempre los ejemplos más claros; tomemos, por ejemplo, el clásico estado del *enamoramiento. El enamorado está poseído por su complejo-,* todo su interés depende solamente de este complejo y de cosas que tengan que ver con él. Cada palabra y cada objeto le recuerdan a la amada (en el experimento: incluso las palabras-estímulo aparentemente indiferentes excitan el complejo). Las cuestiones más triviales se protegen como joyas invalorables en la medida en que posean significado para el complejo; todo el entorno en general es contemplado solamente *sub specie amoris.* Lo que no se adecúa al complejo, es descartado; todos los restantes intereses se hunden hasta llegar a cero, con lo cual sobreviene una paralización y un vaciamiento temporal de la personalidad. Únicamente lo que se adecúa al complejo despierta afectos y es elaborado espiritualmente. Todo el pensamiento y la acción se mueven en la dirección del complejo; lo que no puede empujarse hacia esa dirección es rechazado o se realiza con superficialidad, carencia de afecto y sin ningún tipo de cuidado. En la resolución de asuntos indiferentes se producen ciertos productos de compromiso de lo más peculiares; en las cartas profesionales se cuelan errores de escritura relacionados con el com-

103. Se pueden encontrar otros ejemplos de acciones sintomáticas en *Estudios diagnósticos de asociación,* VI.

piejo amoroso, al hablar se producen errores sospechosos. La serie de pensamientos objetivos es interrumpida constantemente por *irrupciones del complejo,* se producen largas *pausas del pensamiento* que están llenas de episodios del complejo.

103 Este paradigma ya conocido muestra claramente el influjo de un complejo fuerte sobre una psique normal. Podemos ver a partir de esto cómo toda la energía psíquica se inclina totalmente al complejo a costa de los restantes materiales psíquicos, que por eso mismo quedan inutilizados. Aquí hace su entrada un *atontamiento aperceptivo parcial junto a un vaciamiento del ánimo para todos los estímulos restantes que no se adecúan al complejo.* Incluso el *tono afectivo se vuelve inadecuado-,* se tratan con gran atención ciertas naderías como cintas, flores secas, imágenes, esquelas, cabellos, etc. En cambio, en ocasiones se dejan de lado importantes cuestiones vitales con una sonrisa o con dejadez. La más leve observación que roce al complejo muy de lejos excita un estado violento de ira o dolor que puede adoptar dimensiones desproporcionadas. (En un caso de *dementia praecox* se anotaría: «ante la pregunta de si estaba casado, el paciente estalla en una carcajada inadecuada» o «el paciente empieza a llorar y se comporta de un modo totalmente negativo» o «el paciente se bloquea», etc.) Si no tuviésemos los medios para compenetrarnos con el alma de un enamorado normal, su conducta nos tendría que parecer histérica o catatónica. En el caso de la histeria, donde la sensibilidad del complejo alcanza grados mucho más altos que en las personas normales, casi nos faltan los medios para la compenetración y debemos primero acostumbrarnos laboriosamente a comprender los afectos histéricos. En el caso de la catatonía fracasamos totalmente, quizá porque conocemos muy poco de la histeria.

104 Se puede designar el estado psicológico del enamoramiento como una *obsesión del complejo.* Además de esta forma especial del complejo sexual, que elegí por motivos didácticos como paradigma de la obsesión del complejo (¡es la forma más habitual y conocida!), existen naturalmente muchos tipos diferentes de complejos sexuales que pueden actuar con fuerza similar. En las personas del sexo femenino son frecuentes los complejos del amor no correspondido o del amor sin esperanza. Aquí se encuentra generalmente una *sensibilidad del complejo* extremadamente fuerte. Las alusiones más mínimas por parte del otro sexo se asimilan y elaboran en el sentido del complejo, con una completa ceguera para los argumentos de peso que puedan esgrimirse en contra. Una declaración irrelevante del adorado se convierte en una poderosa prueba subjetiva. Los intereses casuales del hombre anhelado se transforman

en el punto de partida de intereses similares en la enamorada, acción sintomática que generalmente se desmorona con rapidez cuando finalmente tiene lugar el casamiento o cuando cambia el objeto de adoración. La sensibilidad del complejo se exterioriza también en una sensibilidad inusual frente a los estímulos sexuales, que se manifiesta especialmente bajo la forma de la *pudibundez.* Los poseídos por el complejo evitan en una edad temprana de forma ostensiva todo aquello que recuerda a la sexualidad: la célebre «inocencia» de las hijas adultas. Si bien lo saben todo —dónde se ubica y qué significa—, toda su conducta se manifiesta como si nunca hubiesen tenido noción de las cuestiones sexuales. Si hay que preguntar sobre ello por motivos médicos, al principio uno cree que está pisando un campo virgen, pero pronto queda claro que todos los conocimientos necesarios están presentes implícitamente, sólo que los examinados no saben de dónde provienen[104]. Pero generalmente el psicoanálisis encuentra oculto detrás de numerosas resistencias un repertorio completo de finas observaciones y de conclusiones agudas. En una edad más avanzada la pudibundez se torna con frecuencia intolerable, o bien se revela un interés sintomáticamente ingenuo por todo tipo de situaciones naturales por las que «ahora uno puede interesarse, ya que se ha superado la edad en que...», etc. Los objetos de este interés sintomático son entonces las novias, los embarazos, los nacimientos, el escándalo, etc. La inventiva de las damas mayores es especialmente proverbial en este último caso. Estos intereses aparecen bajo la bandera de la «participación objetiva, puramente humana».

10-5 Aquí estamos ante un *desplazamiento-, el complejo debe vivirse bajo cualquier circunstancia.* Debido a que en muchos casos el complejo sexual no puede vivirse naturalmente, utiliza *caminos secundarios.* En la edad de la pubertad se trata de fantasías sexuales más o menos anormales que alternan frecuentemente con fases de exaltación religiosa (desplazamientos). En el caso de los hombres, la sexualidad (si no se vive directamente) se desplaza con frecuencia hacia una actividad profesional incesante o un capricho (deportes temerarios, etc.) o extrañas pasiones eruditas (manía de coleccionista, etc.). Las mujeres lo hacen a través de actividades altruistas que pueden estar determinadas por la forma especial del complejo. (Una se consagra al cuidado de enfermos en hospitales, donde hay asistentes jóvenes, etc.) O surgen extravagancias características, un «comportamiento extraño, afectado» que intenta expresar distin-

104. Freud expresa algo similar. Cf. también el caso en mis *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.

ción y resignación orgullosa. Especialmente las predisposiciones artísticas suelen ganar terreno a través de los desplazamientos de este tipo[105]. Pero existe sobre todo un desplazamiento muy frecuente, esto es, un ocultamiento del complejo mediante la *intervención de un estado de ánimo contrastante.* Hallamos a menudo este fenómeno en personas que deben ahuyentar una pena crónica y atormentadora. Entre ellas encontramos con frecuencia a los mejores contadores de chistes, a los humoristas más finos, cuyas chanzas están aderezadas con una gran amargura. Otros ocultan su dolor bajo una alegría forzada y desesperada, que con su ruido y su carácter artificial («carencia de afecto») no genera bienestar. Las mujeres se delatan por una alegría desenfadada, agresiva, los hombres por excesos desproporcionados y repentinos con el alcohol y otros elementos (¡también fugas!). Es sabido que estos desplazamientos y ocultamientos pueden generar verdaderas *naturalezas dobles* que han inspirado desde siempre a los escritores que piensan desde la psicología. (Compárese el problema de las dos almas en Goethe, y entre los modernos Hermann Bahr, Gorki y otros.) La «doble naturaleza» no es un mero concepto de literatos, sino un hecho de la ciencia natural que siempre vuelve a interesar a la psicología y a la psiquiatría, pero solamente en el caso de que aparezca bajo la forma de la *doble consciencia* o de la escisión de la personalidad. *Los complejos escindidos siempre están separados según características caracterológicas y de ánimo,* como he demostrado en un caso correspondiente[106].

106 A menudo sucede que el desplazamiento se torna gradualmente estable y sustituye al carácter originario, por lo menos hacia el exterior. Todo el mundo conoce personas que son consideradas enormemente divertidas y entretenidas por observadores superficiales. Pero íntimamente, tal vez incluso en su vida privada, son gruñones avinagrados que tienen una herida abierta. Con frecuencia la verdadera naturaleza rompe el cascarón artificial, la supuesta alegría desaparece de golpe y se tiene delante a otra persona. Una única palabra, un gesto que haya dado en la herida, muestra el complejo que acecha en el fondo del alma. Precisamente en estos elementos imponderables de la vida anímica humana hay que pensar antes de abordar las complejas almas de los enfermos con nuestros toscos métodos experimentales. En el experimento de asociación con enfermos que padecen una sensibilidad extrema ante el complejo (histeria, *dementia praecox)* nos topamos con las exageraciones de estos

105. Freud llama «sublimación» a este desplazamiento. *(Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie,* p. 76).

106. *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* [OC 1,1]. Cf. también Paulhan, *Les mensonges du caractére.*

mecanismos normales; por eso, su exposición y discusión debe significar algo más que una semblanza psicológica.

3. LA INFLUENCIA DEL COMPLEJO AFECTIVO SOBRE EL VALOR DE LA ASOCIACIÓN

107 Ya hemos discutido en numerosas ocasiones la manera en que aparece el complejo en el experimento de asociación; por tanto, hay que remitir a las publicaciones anteriores. Aquí debemos volver solamente sobre un punto que posee valor teórico. A menudo nos encontramos con reacciones del complejo construidas de la siguiente manera:

1. besar — amar 5,0”
   em — bate 1,8”

2. despreciar — alguien 5,2”
   diente — dientes 2,4”

3. agraciable — amable 4, ”
   mesa — pez 1,6”.

108 La primera reacción de los tres ejemplos contiene en cada caso el complejo (en los casos 1 y 3 se trata de relaciones eróticas, en el 2 de un perjuicio). Las segundas reacciones caen dentro del tono afectivo perseverante de la reacción anterior, lo que es reconocible en el tiempo de reacción algo retardado y en su *superficialidad.* Como se expuso en el primer artículo de los *Estudios diagnósticos de asociación,* las asociaciones como diente-dientes deben contarse entre las conexiones lingüístico-motoras, em-bate, entre los complementos de palabra, mesa-pez *(Fisch-Tisch),* entre las rimas. Como debería concluirse con seguridad a partir de los resultados de los experimentos de distracción, cuando la atención se desvía se multiplican las conexiones lingüístico-motoras y las reacciones sonoras. Si la atención disminuye, aumenta la *superficialidad* de las asociaciones; por tanto *disminuye su valor.* Ahora bien, si en el experimento de asociación surgen repentinamente asociaciones llamativamente superficiales sin una distracción artificial, se justifica la suposición de que ha tenido lugar una disminución momentánea de la atención. Hay que buscar la causa en una *distracción interior.* El sujeto de experimentación ha recibido la instrucción de dirigir su atención al experimento; si su atención disminuye, esto es, si se aparta del significado de la palabra-estímulo sin que esto pueda atribuirse a ningu-

na causa externa, entonces tiene que existir una causa interna de la distracción: esta causa la encontramos generalmente en la reacción precedente o en la reacción presente. *Ha irrumpido un pensamiento fuertemente afectivo,* un complejo que, debido a su fuerte tono afectivo, alcanza una gran claridad en la consciencia o, en el caso de represión, envía una inhibición a la consciencia y, a través de ella, cancela o disminuye por un tiempo breve el influjo de la representación directriz (atención a la palabra-estímulo). Por medio del análisis puede comprobarse generalmente que esta hipótesis es correcta[107].

109 Por tanto, el fenómeno descrito prácticamente se nos ha vuelto valioso como *característica del complejo.* Lo que tiene importancia teórica en este caso es que el complejo no tiene necesidad de ser consciente. El complejo puede enviar desde la represión a la consciencia una inhibición que desvíe la atención; puede, con otras palabras, obstruir la capacidad intelectual de la consciencia (¡tiempo de reacción más largo!), puede imposibilitarla (¡fallos!) o reducir su valor (¡reacciones sonoras!). El experimento de asociación nos muestra meramente efectos de detalle; pero la observación clínica y psicológica nos muestra los mismos fenómenos a gran escala. Un complejo fuerte, como una pena torturante, impide la concentración; somos incapaces de liberarnos de las penas y dirigir nuestra energía y nuestro interés a otros objetos, es decir, intentamos hacerlo (¡por ejemplo, para «olvidar las penas»!), lo logramos durante un breve periodo, pero no ponemos todas las fuerzas en ello; sin que lo sepamos momentáneamente, el complejo impide la entrega total a nuestro objeto. Somos derrotados por todas las inhibiciones posibles, en las pausas del pensamiento (las «privaciones de pensamientos» de la *dementia praecox)* aparecen fragmentos del complejo que causan (como en el experimento de asociación) distorsiones características en la facultad intelectual: nos *equivocamos al escribir* según las reglas de Meringer y Mayer[108], producimos condensaciones, perseveraciones, anticipaciones, etc., y especialmente errores freudianos, que por su contenido dejan al descubierto el complejo determinante; nos *equivocamos al hablar* en los pasajes críticos, esto es, allí donde pronunciamos palabras que tienen significación para el complejo. *Cometemos errores al leer* cuando creemos ver en el texto palabras del complejo; las palabras del complejo aparecen con frecuencia en un campo de visión periférico[109]

107. Para la técnica del análisis cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* VI y VIII, y Jung, «El diagnóstico psicológico forense» [OC 2,6].

108. L.c., pp. 151 ss.

109. La mayor claridad yace en el ángulo de la mirada, por tanto también la mayor atención. Por eso la atención está disminuida en el campo periférico del rostro, esto es, la

(Bleuler). En medio de nuestra actividad de distracción («disgregadora») nos sorprendemos a nosotros mismos tarareando o silbando una melodía. El texto, al que sólo puede llegarse con gran esfuerzo, es una constelación del complejo; o murmuramos una palabra, con frecuencia un *terminus technicus* o una palabra extranjera, lo que igualmente es una referencia al complejo. Quizá también seamos perseguidos por una obsesión bajo la forma de una melodía o una palabra que constantemente se nos impone; también éstas son constelaciones del complejo[110]. O dibujamos signos sobre el papel o sobre la mesa, que con frecuencia son signos del complejo fáciles de interpretar. Siempre que las distorsiones del complejo afectan a palabras vemos desplazamientos por medio de similitudes sonoras o conexiones fraseológicas. Remito aquí principalmente a los ejemplos freudianos[111].

lio A partir de observaciones propias, menciono la asociación de embarazadas — cama de huesos *(Knochenbett),* que se revela como puerperio *(Wochenbett)*[112], luego el automatismo «Bunau-Varilla»[113], que en la asociación libre arrojó la siguiente serie: «Varinas — Manila — cigarrillo — habano». Es que yo había olvidado mis cerillas y por eso me había propuesto no apagar un puro que todavía estaba encendido antes de haber encendido mi buen habano con él. La palabra «Bunau-Varilla» surgió precisamente en el momento correcto, cuando el puro se estaba apagando; otra asociación: *Morgenrock* (salto de cama) — *Taganrog,* esta última es la palabra obsesiva de una dama a la que su marido no le concedió una nueva bata[114],

m Estos ejemplos deben solamente aclarar una vez más lo que Freud expone minuciosamente en *La interpretación de los sueños,* a saber: que el pensamiento reprimido se disfraza con similitudes, tanto en similitudes lingüísticas (sonoras) como en similitudes de la imagen óptica. Para esta última forma de desplazamiento el sueño proporciona los ejemplos más interesantes.

112 Quien rechace el análisis de los sueños freudiano puede descubrir un material sustitutivo muy rico en los *automatismos de la melodía.* En una conversación en broma alguien dijo que cuando uno se casa debe elegir una mujer *orgullosa.* Uno de los presentes, que

inhibición para lo inadecuado es menor que en el ángulo de la mirada; por consiguiente, aquí pueden aparecer con más facilidad fragmentos reprimidos del complejo.

110. Ejemplos en *Estudios diagnósticos de asociación,* IV. Cf. también la «asociación mediata», *ibid.* I, sección D *a.*

111. *Psicopatología de la vida cotidiana y La interpretación de los sueños.*

112. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV, pp. 208 y 210.

113. *Estudios diagnósticos de asociación,* I, p. 129.

114. *Estudios diagnósticos de asociación,* IV, p. 215.

hacía poco se había casado con una mujer que llamaba la atención por su orgullo, empezó a silbar una melodía para sí mismo, una coplilla conocida. Interpelé inmediatamente al señor, a quien conozco bien, para que me dijera el texto que corresponde a la melodía. La respuesta que recibí fue: «¿Lo que he silbado ahora mismo? Ah, nada, creo que lo he escuchado muchas veces en la calle, pero no conozco la letra». Le urgí para que recordara las palabras que yo sí conocía. Pero no podía llegar a ellas; por el contrario, aseguraba no haberlas oído nunca. El texto dice:

Mi madre ha dicho:
«No elijas a una campesina».

H3 En una excursión en grupo una joven dama, que se sentaba junto a un señor, cantaba en voz baja la melodía de la marcha nupcial de *Lohengrin* y esperaba que le preguntaran qué estaba cantando.

H4 Un colega joven, que acababa de concluir su disertación, estuvo silbando para sí durante medio día el «Mirad, viene coronado de gloria» de Hándel.

115 Un conocido, que se alegraba por su posición lucrativa, se traicionó con la melodía obsesiva de «Hemos nacido para la gloria».

H6 Un colega, que se encontró en su consulta con una enfermera de la que se decía que estaba embarazada, se sorprendió a sí mismo inmediatamente después silbando «Eran dos niños reales que se querían mucho».

H7 No quiero prolongar innecesariamente esta colección de automatismos melódicos; todo el mundo es capaz de realizar diariamente observaciones de este tipo. Lo que podemos aprender de esto es nuevamente el disfraz de los pensamientos reprimidos. Es sabido que el tarareo y el silbido silenciosos pueden ser una actividad secundaria en trabajos que no exigen una «ocupación total de la atención» (Freud). El resto de atención puede por eso ser suficiente para un movimiento soñador de los pensamientos del complejo. Pero la actividad sujeta a un fin impide que el complejo se aclare; por eso sólo puede manifestarse de modo poco claro, y esto sucede en el mejor de los casos a través de los automatismos melódicos, que contienen los pensamientos del complejo en una forma habitualmente metafórica. La similitud yace aquí en la situación, en el estado de ánimo («Mirad, viene», etc., la marcha nupcial, «Había dos niños reales», etc.), o en la expresión («Mi madre ha», etc.). En estos casos, el pensamiento del complejo no había llegado claramente a la consciencia, sino que se había revelado de forma más o menos *simbólica*. Freud deja más que claro hasta dónde llegan estas constelaciones simbólicas en el maravilloso ejemplo de su *Psicopatología de la vida cotidiana (Exoriar* aliquis nostris ex ossibus ultor^*

por lo cual Freud pudo remitir el olvido de *aliquis [a - liquis* — liquid — líquido — milagro de la sangre de san Genaro] a la falta de menstruación de la amada). A fin de reforzar los mecanismos freudianos, quisiera mencionar un ejemplo similar que he vivido:

lis Un señor quiere recitar el célebre poema «Un abeto solitario», etc. En el verso «se adormece» se queda irremediablemente parado; ha olvidado totalmente «con una manta blanca». Este olvido de un verso tan conocido me pareció llamativo, y entonces dejé que reprodujera todo lo que se le ocurriese en asociación con «una manta blanca». Surgió la siguiente serie: «Con manta blanca se piensa en una mortaja — una sábana con la que se cubre un cadáver — (pausa) — ahora me viene a la mente un amigo cercano — su hermano ha muerto hace poco de forma totalmente inesperada — parece que murió de un infarto — él *también* era muy corpulento — mi amigo *también* es corpulento, y ya he pensado que *también* le puede suceder lo mismo — probablemente se mueve muy poco — cuando me enteré de esta muerte sentí un miedo repentino de que *también* me pudiera ocurrir a mí, ya que en mi familia tenemos en cualquier caso la tendencia a criar grasa y *también* mi abuelo falleció por un infarto; yo *también* me encuentro muy corpulento y por eso he empezado estos días con una cura para reducir la grasa».

U9 Este ejemplo muestra a las claras cómo la represión también extrae («inhibe») similitudes totalmente simbólicas de la consciencia y las ata al complejo. Por tanto, el señor *se identificó inmediatamente y de modo inconsciente con el abeto, que está cubierto por una sábana blanca.*

120 Por eso también puede suponerse *que quería recitar este poema como acción sintomática,* para que la excitación del complejo encontrara una salida. Un terreno muy apreciado por las constelaciones del complejo es el chiste del estilo del *retruécano.* Existen personas que tienen un talento especial para esto; conozco algunas que tienen que reprimir complejos muy fuertes. Quiero mostrar lo que estoy diciendo con un ejemplo muy sencillo que debe representar otros muchos.

!2i Un señor X, que solía hacer muchos retruécanos (buenos y malos), dijo en una reunión cuando sirvieron *naranjas'. «O-rangierbahnhof*»*. Un señor Z, que niega obstinadamente la constelación del complejo, dice: «¡Fíjese, doctor, ahora puede suponer que el señor X piensa salir de viaje!». El señor X dice afectado: «Es justamente verdad; en los últimos tiempos he pensado siempre en via-

* Jung compara en este caso la similitud entre *Orange* (naranja) y *Rangierbahnhof* (estación en donde los trenes hacen maniobras).

jar, ¡pero no logro partir!». El señor X piensa sobre todo en un viaje a *Italia;* por eso la constelación por medio de las *naranjas^* de las cuales además ha recibido recientemente un envío desde Italia de un amigo. Por supuesto que el significado del retruécano no era algo en absoluto consciente en el momento de pronunciarlo, ya que generalmente la constelación del complejo *es y debe ser oscura.*

122 Los *sueños* también están construidos según el tipo de expresión simbólica del complejo reprimido ilustrado por estos ejemplos. En los sueños nos topamos con los ejemplos más bellos para la expresión *similitud de imagen™.* Es sabido que Freud finalmente ha conseguido que la investigación de los sueños tuviera éxito. Ojalá que la psicología se dé pronto cuenta de esto; podría cosechar enormes beneficios de ello. En lo que atañe al concepto infinitamente importante de la *expresión a través de la similitud de imagen* para la psicología de la *dementia praecox. La interpretación de los sueños* de Freud es en este sentido fundamental. Teniendo en cuenta la importancia de la expresión simbólica para la psicología de la *dementia praecox^* no creo que sea redundante que añada un análisis más a los ya expuestos en *Estudios diagnósticos de asociación*, VIII.

123 Un amigo[116] me contó el siguiente sueño: «Yo veía cómo los caballos eran izados en gruesos cabos a una altura indeterminada. Uno de ellos, un caballo marrón y fuerte que estaba atado con correas y que era izado hacia arriba como un paquete, me llamó especialmente la atención, cuando de pronto se cortó la cuerda y el caballo se desplomó sobre la calle. Debía estar muerto. Inmediatamente se puso de pie y se alejó al galope. Entonces comprobé que el caballo arrastraba tras sí un pesado tronco de árbol y me asombró que aun así pudiera avanzar con rapidez. Evidentemente era asustadizo y podía provocar fácilmente una desgracia. Entretanto, llegó un jinete sobre un caballo pequeño y anduvo lentamente al trote junto al caballo asustadizo hasta moderar un poco su paso. No obstante, temía que el caballo atropellara al jinete cuando apareció una calesa que avanzaba lentamente por delante del jinete; esto hizo que el caballo asustadizo avanzara a un paso más tranquilo. Entonces pensé: ahora está bien, ha pasado el peligro».

124 Luego traté con mi amigo X cada uno de los puntos de su sueño y dejé que me especificara lo que se le ocurría: *el izar el caballo.* A él le parecía como si los caballos fueran a ser izados a un rascacielos en un tipo de paquete como los que se bajan a las mi-

lis. Cf. con esto las pruebas en *Estudios diagnósticos de asociación*, VIH.

116. Conozco exactamente la situación personal y familiar de este señor.

ñas para trabajar en las profundidades. X había visto recientemente en el semanario la imagen de un rascacielos en construcción, en donde se trabajaba a una altura de vértigo, *y* pensó que era un trabajo muy duro, que no deseaba para él. Yo traté de analizar la singular imagen de un caballo izado hacia la altura de un rascacielos: X señaló que el caballo estaba atado con correas, como suelen estar los caballos jóvenes que bajan a las minas. Al soñante le llamó especialmente la atención en la imagen del semanario cómo se *trabaja* a una altura de vértigo. Los caballos también tienen que trabajar en las minas. ¿Es posible que la expresión *mina [Berg-werk]* haya surgido de la condensación de ambos pensamientos del sueño: «montaña» *[Berg] como* expresión de la altura, «obra» *[Werk] como* expresión del trabajo? Por eso pregunté por ideas relacionadas con «montaña», a lo que X replicó inmediatamente que era un apasionado alpinista y que especialmente en el tiempo en el que tuvo el sueño había tenido muchas ganas de realizar una *excursión alpina* y de viajar en general. Pero su mujer era muy miedosa y no lo quería dejar partir solo; no podía acompañarlo porque estaba embarazada. Por este último motivo habían tenido que renunciar también a un viaje juntos a Norteamérica (rascacielos), y en esa ocasión habían comprobado que cuando existen *niños* la movilidad se dificulta y uno ya no va a ninguna parte. (En el pasado habían viajado mucho y con gran placer.) El tener que renunciar al viaje americano le había resultado especialmente desagradable, ya que tenía relaciones de negocios con ese país y siempre tenía la esperanza de poder establecer relaciones nuevas e importantes a través de la visita personal. Con esa esperanza ya había tejido ambiciosos planes de futuro que halagaban su orgullo, aun siendo totalmente vagos.

125 Resumamos brevemente lo que se puede concluir de lo dicho hasta el momento: «montaña» puede interpretarse como *altura-, alpinismo* = llegar a las alturas. «Obra» = trabajo. Aquí podría subyacer el sentido: «Mediante el trabajo uno se eleva». La altura está recalcada de modo especialmente plástico en el sueño por la altura de vértigo del *rascacielos,* que significativamente está en Norteamérica, donde precisamente se encuentra el objeto de ciertas esperanzas de mi amigo. La imagen del caballo, que evidentemente está asociado con el concepto de trabajo, parece ser una expresión simbólica de «trabajo duro», pues el trabajo en la construcción de un rascacielos, hacia donde es izado el caballo, es un trabajo muy duro, tan duro como el que tienen que realizar los caballos cuando son bajados a una mina. Además, las expresiones «trabajar como un caballo», «estar uncido como un caballo» son expresiones de la lengua cotidiana.

126 Esclareciendo estas asociaciones alcanzamos cierta comprensión del sentido de las primeras partes del sueño; hemos encontrado un camino que evidentemente nos conduce a esperanzas y expectativas muy íntimas del soñante. Si suponemos que el sentido de este fragmento de sueño es el siguiente: «Mediante el trabajo se llega a lo alto», las imágenes correspondientes del sueño pueden examinarse fácilmente como expresiones simbólicas de este pensamiento.

127 Las primeras frases de la narración del sueño son las siguientes: *«Yo veía cómo los caballos eran izados con gruesos cabos a una altura indeterminada. Uno de ellos, un caballo marrón y fuerte que estaba atado con correas y que era izado bada arriba como un paquete, me llamó especialmente la atención».* Esto parece contradecir el análisis que concluía: mediante el trabajo se llega a lo alto. Uno también puede no obstante ser izado hacia arriba. X recuerda aquí cómo él siempre había mirado desde arriba y con desprecio a los turistas que se dejaban *izar* a las cumbres de las montañas más altas mediante la «técnica del saco de harina». Él jamás había necesitado ayuda de otros. Los diferentes caballos del sueño serán, por tanto, «otros», *esos que han llegado a la cima pero no por sus propias fuerzas.* La expresión «como un paquete» parece aludir a lo despreciativo. Pero ¿dónde está representado el mismo soñante en el sueño? Según Freud tiene que aparecer representado, y en general aparece como protagonista. En este caso es indudable que es el «caballo marrón y fuerte». En primer lugar, un caballo fuerte se le parece porque puede *trabajar mucho-,* luego el color marrón es descrito como un «color sano, castaño»; esto es, un color como el que suelen tener los alpinistas. Es posible que el caballo marrón sea el soñante. Este caballo es izado igual que los restantes; el contenido de las dos primeras frases del sueño parece estar agotado, hasta llegar al último pasaje. El ser izado del soñante no está claro, incluso contradice directamente el sentido hallado, que es el siguiente: *mediante el trabajo se llega alto.*

128 Me pareció especialmente importante aclarar ahora si realmente se confirmaba mi suposición de que el caballo marrón representaba al soñante mismo. Por esta razón dejé en un primer momento que dirigiera su atención al siguiente pasaje: «Entonces comprobé que el caballo arrastraba tras sí un pesado tronco de árbol». Inmediatamente se le ocurrió que en el pasado le habían puesto el apodo de «árbol», debido a su figura fuerte, robusta. Mi suposición, por consiguiente, había dado en el clavo, al caballo estaba enganchado hasta el nombre. El tronco con su peso es un lastre para el caballo o al menos debería serlo, pero X precisamente se asombra de que *avance rápidamente a pesar de eso.* «Avanzar» es un sinóni-

mo de «llegar a lo alto». Es decir, a pesar del peso o del impedimento X avanza, y lo hace tan rápido que causa la impresión de que *el caballo es arisco y de que acaso pueda ocasionar una desgracia.* Al ser interrogado sobre esto, X contesta que el caballo podría ser aplastado por el pesado tronco si se diese el caso, o que la fuerza de esta masa en movimiento podría hacer tropezar al caballo o empujarlo hacia alguna cosa.

129 Con estas asociaciones se agotaron las ideas en relación a este episodio. Comencé por tanto a analizar otro punto, esto es, el momento del sueño en que se rompe la cuerda, etc. Se me ocurre la expresión «calle». X reconoce que es esa calle en donde se encuentra el negocio en el que antiguamente tenía la esperanza de hacer su suerte. Se trataba de la esperanza de determinada carrera. Pero todo terminó en la nada, y aunque hubiese sido diferente, tendría que haber agradecido esa posición no tanto a sus méritos propios, sino más bien a consideraciones personales. Con ello se aclara repentinamente la frase: *la correa se rompe y el caballo se desploma.* De este modo queda expresado simbólicamente el desengaño. A él no le ha ido como a otros, que fueron transportados hacia arriba sin esfuerzo. Los otros, que fueron «preferidos» a él y que ascendieron, no pueden hacer nada bien; pues «¿qué pueden hacer los caballos allí arriba?». *Se encuentran, por tanto, en un sitio en donde nada pueden hacer.* El desengaño sobre su fracaso es tan grande —como reconoce— que en algún momento estuvo cerca de desesperarse por su carrera. En el sueño cree que «el caballo está muerto». Pero pronto constata con satisfacción que se levanta y se aleja al galope. No se ha dejado, por tanto, «doblegar».

130 Evidentemente comienza ahora una nueva sección del sueño, que probablemente se corresponda con una nueva etapa de la vida, siempre que sea correcta la interpretación de la parte anterior. Ahora dejo que X dirija su atención al caballo que se aleja al galope. Aquí reconoce haber visto en un instante del sueño la aparición de un segundo caballo junto al marrón, pero totalmente borroso, que también tiraba del tronco y se disponía a galopar con el marrón. Pero desapareció inmediatamente después y aparecía muy borroso, lo cual muestra (como también lo hace la *reproducción más tardía)* que se encuentra bajo un íw/Iw/o especialmente *represor* y que por tanto es *muy importante.* Por consiguiente, X tira del tronco junto a alguien más, y esta otra persona podría ser acaso su mujer, a quien se encuentra atado «por el yugo del matrimonio». Tiran juntos del tronco. A pesar del peso que podría fácilmente impedirle el avance, él *galopa,* lo que vuelve a expresar la idea de que no se deja doblegar. En relación con el caballo que galopa a X se le ocurre el cuadro

de Welti *Una noche de luna,* en el cual aparecen caballos al galope sobre una moldura. Debajo hay un caballo en celo que asciende. En el mismo cuadro aparece un matrimonio en la cama. La imagen del caballo al galope (que al principio galopaba *en pareja')* conecta así con el evocador cuadro de Welti. Aquí se abre una perspectiva totalmente inesperada hacia un matiz sexual del sueño, donde hasta ahora habíamos creído ver únicamente el complejo del orgullo, de la carrera. El símbolo del caballo, que hasta ahora había mostrado meramente la faceta del animal doméstico que trabaja duro, adopta ahora un significado sexual que es determinado de modo especial por la escena de los caballos en esa moldura. Allí el caballo es el símbolo del ímpetu ardiente e impulsivo, que se puede identificar sin más con el instinto sexual. Como muestran las asociaciones expuestas más arriba, el soñante temía que el caballo se cayera o que por el impulso del tronco pudiese chocar con otra cosa. Este *vis a tergo* se puede concebir fácilmente como el propio temperamento tormentoso de X, del cual teme que en algún momento pueda arrastrarlo a actos irreflexivos.

131 El sueño continúa así: «Entretanto, llegó un jinete sobre un caballo pequeño y anduvo lentamente al trote junto al caballo asustadizo hasta moderar un poco su paso». Se refrena, por tanto, su desenfreno sexual. X describe al jinete como similar a su jefe, tanto en la vestimenta como en la apariencia general. Esto se ajusta a la primera interpretación del sueño: el jefe modera el modo demasiado rápido de andar del caballo; en otras palabras: el jefe impide el avance demasiado rápido del soñante, en la medida en que está situado por encima de él. Pero todavía tenemos que buscar si aquí no se sigue exponiendo el pensamiento sexual que se acaba de hallar. Quizá se esconda algo detrás de la expresión «un caballo pequeño» que me parece un poco llamativa. X declara que el caballo era pequeño y bonito como un *caballito infantil,* y a propósito de esto se le ocurre una historia de su juventud. Cuando era niño estaban en pleno auge los polisones, y en una ocasión vio a una *mujer con un embarazo muy avanzado* que llevaba uno. El fenómeno, que le pareció muy extraño, requería una explicación, y él le preguntó a su madre si la mujer llevaba un caballito bajo la ropa. (Él se refería a un caballito como los que se ven en el carnaval o eventualmente en el circo, y que se llevan atados alrededor del cuerpo.) Desde entonces, al ver a mujeres en ese estado, había vuelto a recordar la hipótesis infantil. Su mujer estaba embarazada, como supimos más arriba. Ya se dijo que el embarazo fue un impedimento para el viaje. Aquí refrena su desenfreno, que tenemos que interpretar como un desenfreno sexual; este tramo del sueño evidentemente significa: *el em-*

barazo de la esposa impone moderación al hombre. Aquí tenemos un pensamiento totalmente claro, que evidentemente se encuentra muy reprimido y bien oculto bajo un tejido del sueño que aparentemente se compone de símbolos de una dirección vital que anhela ascender. Pero es evidente que el embarazo no es motivo suficiente para la moderación; pues el soñante teme que el *caballo atropelle a pesar de todo al jinete.* Pero entonces aparece la «calesa que avanza lentamente», que logra hacer más lento el andar del caballo. Cuando pregunto a X quién iba sentado en la calesa, recuerda que eran niños. Por tanto, los niños estaban evidentemente sometidos a cierta represión, pues el soñante sólo se acordó de ellos cuando se le preguntó. Era «todo un carro lleno de niños», como dice la expresión vulgar conocida por mi amigo. El coche con los niños inhibe su desenfreno. Ahora queda totalmente claro el sentido del sueño, que en resumidas cuentas es el siguiente:

132 El embarazo de la mujer y la cuestión de los muchos niños le imponen al hombre la moderación. Este sueño satisface un deseo en la medida en que expone la moderación como algo ya existente. El sueño parece absurdo visto desde fuera (como todos los sueños); pero al descubrir la primera capa ya muestra claramente la esperanza y el desengaño de una carrera que ambiciona ascender, pero íntimamente esconde una cuestión muy personal que podría estar ampliamente acompañada de sentimientos penosos.

133 Durante el análisis y la exposición de esta fantasmagoría he omitido en todo momento señalar las numerosas conexiones analógicas, las similitudes de las imágenes, la exposición simbólica de frases, etc. Un examen atento de las observaciones apuntadas no puede sustraerse a estos *rasgos característicos del pensamiento mitológico.* Sólo quisiera recalcar que la *ambigüedad de cada una de las imágenes oníricas* (la «sobredeterminación» de Freud) es un signo de la *poca claridad y la indeterminación del pensamiento onírico.* Las imágenes del sueño pertenecen tanto a uno como a otro complejo de la vida despierta, aunque ambos complejos estén estrictamente separados en el estado de vigilia. Debido a la *deficiente capacidad de diferenciación* reinante en el sueño, ambos contenidos del complejo pueden confluir al menos en su forma simbólica.

134 Este fenómeno acaso no sea comprensible sin más, pero se puede deducir con bastante evidencia a partir de nuestras premisas anteriores[117]. Los experimentos sobre la distracción refuerzan la supo-

117. Para la fusión de dos complejos que existen al mismo tiempo quizá podría aportar algo el hecho no desconocido por la psicología (que menciona por ejemplo Féré de pasada en *La Pathologie des émotions)* de que dos excitaciones que existen simultánea-

sición de que el pensamiento, en estado de atención reducida, desemboca en conexiones totalmente superficiales. El estado de atención debilitada se expresa en una *disminución de la claridad de las representaciones.* Si las representaciones son *confusas,* también lo serán sus *diferenciaciones',* nuestra sensibilidad para captar las diferencias entre las representaciones también desaparece, pues es solamente una función de la atención o de la claridad. (¡Sinónimos!)

135 Nada impide entonces la confusión de diferentes representaciones («moléculas psíquicas») entre sí, representaciones que suelen estar diferenciadas. Una expresión experimental de este hecho es la *multiplicación de asociaciones"*[8] *mediadas provocada por la distracción.* Es sabido que las asociaciones mediadas del experimento de asociación (sobre todo en el estado de distracción) no son por regla general más que desplazamientos lingüísticos a través de conexiones que se establecen mediante la frase o el sonido[119]. La distracción hace que la psique se vuelva insegura en la elección de la expresión; por tanto, debe aceptar todo tipo de errores del sistema lingüístico o acústico, algo similar a una parafasia[120]. En nuestro experimento podemos pensar fácilmente en una sustitución de la distracción exterior por un complejo que despliega su efecto autóno-

mente en diferentes zonas sensibles se fortalecen o influyen mutuamente. A partir de los experimentos en los que trabajo actualmente parece poder concluirse que una actividad motora arbitraria es influida de forma demostrable por una actividad automática que existe al mismo tiempo (respiración). Los complejos son, por todo lo que sabemos de ellos, excitaciones o actividades automáticas duraderas; al igual que el complejo influye en la actividad del pensamiento consciente, también influye al imprimir su forma sobre otro, de tal manera que cada uno contiene elementos del otro, lo que psicológicamente puede designarse como fusión. Desde un punto de vista algo diferente, Freud llama a esto «sobredeterminación».

118. Véase *Estudios diagnósticos de asociación,* I, B.

119. Ejemplos en *Estudios diagnósticos de asociación,* I, D *a.*

120. Kraepelin *(Über Sprachstórungen im Traume)* sostiene la tesis de que «la manifestación correcta de un pensamiento está frustrada por la aparición de representaciones marginales distorsionadoras» (p. 45); en lap. 48 expresa lo siguiente: «El rasgo compartido en todas estas observaciones [parafasia del sueño] es el desplazamiento del pensamiento base mediante el ingreso de una asociación marginal para un eslabón esencial de la cadena de representaciones». Según mi concepción, el descarrilamiento del discurso o del pensamiento hacia una asociación marginal descansa sobre la deficiente diferenciación de las representaciones. Kraepelin constata además que «la representación marginal que provocó el desplazamiento del pensamiento era claramente *más estrecha* y *más rica en contenido* que la que reprimió la representación más general e indefinida». Kraepelin llama «paralogía metafórica» a este tipo simbólico de descarrilamiento en contraposición a la mera paralogía del desplazamiento o descarrilamiento. Las «asociaciones marginales» quizá sean en su mayoría asociaciones de similitud —en todo caso se trata frecuentemente de ellas—, lo que nos hace fácil comprender por qué la paralogía obtiene el carácter de metáfora. Estas metáforas pueden causar la impresión de deformaciones cuasi intencionales del pensamiento onírico. Por tanto, en este punto Kraepelin no se encuentra demasiado alejado de las ideas freudianas.

mo junto a la actividad del complejo del yo. Ya hemos discutido más arriba los fenómenos de asociación que surgen de ello. Cuando se excita el complejo, se distorsiona la asociación consciente y de forma superficial mediante la fuga de la atención (o bien la inhibición de la atención) hacia el complejo que subsiste *a parte*. En la actividad normal del complejo del yo deben estar inhibidos otros complejos, porque de lo contrario resulta imposible la función consciente del asociar con un objetivo. Por eso vemos que el complejo solamente se puede manifestar de manera mediata a través de asociaciones (o acciones) sintomáticas confusas, las cuales muestran un carácter más o menos *simbólico*[111]. (¡Véanse los ejemplos mencionados más arriba!) Los efectos que origina el complejo deben ser, por norma general, débiles y confusos, pues carecen de la ocupación total de la atención que exige el complejo del yo. El complejo del yo y el complejo autónomo pueden por eso compararse directamente con las dos actividades psíquicas del experimento de distracción; como en el experimento la mayor parte de la atención se centra en el trabajo escrito y al acto de asociación sólo le corresponde una fracción, la parte principal de la atención se encuentra en la actividad del complejo del yo, y al complejo autónomo le corresponde una pequeña fracción (siempre que el complejo no presente una excitación anormalmente fuerte). Por esta razón, el complejo autónomo puede pensar solamente de manera superficial, confusa, esto es, simbólica, y de la misma manera tienen que estar constituidos los eslabones últimos (automatismos, constelaciones) que el complejo autónomo envía al interior del complejo del yo, a la consciencia.

136 Debemos discutir aquí brevemente sobre lo *simbólico*. Utilizamos lo *simbólico* en contraposición a lo *alegórico*. La alegoría es para nosotros una interpretación intencional de un pensamiento reforzada por imágenes simbólicas, mientras que los *símbolos* son solamente asociaciones marginales confusas de un pensamiento, que lo ocultan en lugar de aclararlo. Pelletier dice: «El símbolo es una forma muy inferior del pensamiento. Se podría definir el símbolo como la percepción falsa de una relación de identidad o de una

121. Stadelmann *(Geisteskrankheit und Schicksal,* pp. 41 s.), en su estilo de exposición lamentablemente rebuscado, dice que el psicótico asigna «un símbolo al sentimiento de su yo parcial o totalmente distorsionado, pero no como lo hace el que está sano mentalmente, que compara este sentimiento con otros sucesos u objetos, sino de un modo tan extenso que *transforma en realidad la imagen que servía a la comparación,* en su realidad subjetiva, que para el juicio de los otros es locura. El genio necesita formas para su vida íntima que proyecta hacia fuera. Mientras que en el psicótico la asociación simbólica se transforma en locura, en el genio sale hacia fuera solamente como una vivencia aumentada».

analogía muy grande entre dos objetos que en realidad no presentan más que una analogía vaga»[122]. Pelletier también presupone *la falta de sensibilidad para la diferenciación* en el surgimiento de asociaciones simbólicas. Apliquemos ahora estas reflexiones al sueño.

137 En la entrada al sueño se encuentra el imperativo sugestivo: «Ahora quieres dormirte, no quieres que nada te moleste»[123]. Ésta es una orden absolutamente autoritaria para el complejo del yo, que refrena todas las asociaciones. Pero los complejos autónomos ya no se encuentran totalmente bajo el dominio directo del complejo del yo, como hemos visto suficientes veces. En buena medida se dejan reprimir y reducir, pero no adormecer totalmente. Pues son precisamente pequeñas almas secundarias que tienen en el cuerpo sus propias raíces afectivas por medio de las cuales siempre están despiertas. Pero quizá estén tan inhibidas durante el sueño como durante la vigilia, pues el imperativo del sueño[124] inhibe todos los pensamientos marginales. Pero los complejos logran de vez en cuando exhibir al yo del sueño sus asociaciones marginales pálidas y aparentemente absurdas, casi del mismo modo que en el ruido del día y de la vida diurna de la vigilia. Los pensamientos del propio complejo no pueden aparecer, pues justamente contra ellos se dirige la inhibición de la sugestión del sueño. Si estos pensamientos lograran atravesar la sugestión, esto es, si lograran captar la capacidad total de la atención, el sueño se interrumpiría inmediatamente. Este suceso lo vemos con mucha frecuencia en la hipnosis de histéricos. Los pacientes duermen brevemente, luego se despiertan repentinamente sobresaltados por un pensamiento del complejo. El

122. *L'Association des idées dans la manie aigué.* [«Le symbole est une forme trés-inferieure de la pensée. On pourrait définir le symbole la perception fausse d'un rapport d'identité ou d'analogie trés-grande entre deux objets qui ne présentent en réalité qu'une analogie vague.»]

123. Naturalmente que ésta debe ser solamente una expresión gráfica para la *necesidad* o el *instinto del sueño* (cf. Claparéde, *Esquisse d'une théorie biologique du sommeil).* Yo me ubico teóricamente en el punto de vista que Janet formula así: «Par un cóté le sommeil est un acte, il demande une certaine énergie pour étre décidé au moment opportun et pour étre accompli correctement» [Por un lado, el sueño es un acto que demanda una cierta energía para ser decidido en el momento oportuno y para ser realizado correctamente] *(Les Obsessions* I, p. 408). Como todo suceso psíquico, también el sueño tendrá su química celular particular (¡Weygandt!). Aunque no se sabe en qué radica esta química. Considerado desde un punto de vista psicológico, aparece como fenómeno autosugestivo. (Forel, entre otros, expresa ideas similares.) Nosotros entendemos que existe todo tipo de transiciones entre el sueño puramente sugestivo y la necesidad orgánica del sueño, que causa la impresión de un envenenamiento mediante toxinas metabólicas.

124. La inhibición instintiva del sueño se puede expresar psicológicamente como *désintérét pour la situation présente* (Bergson, Claparéde). El efecto del *désintérét* sobre la actividad asociativa es el *abaissement de la tensión psychologique* (Janet), que se exterioriza del modo posteriormente descrito en las asociaciones características del sueño.

insomnio en muchos casos tiene su base en complejos indomables contra los cuales nada puede la energía de la autosugestión del sueño. Si reforzamos la energía de estas personas a través de los medios adecuados, pueden retornar al sueño porque logran reprimir sus complejos. La represión del complejo no significa otra cosa que la privación de la capacidad de atención, *id est,* de la claridad. Por tanto, los complejos en su pensamiento dependen de una fracción reducida de claridad, por lo que pueden moverse solamente con expresiones totalmente vagas y simbólicas, *mezclándose* debido a una distinción insuficiente. No necesitamos asumir que existe una verdadera *censura* para los pensamientos del sueño (en el sentido de Freud). La inhibición, que parte de la sugestión del sueño, es totalmente suficiente como explicación.

138 Finalmente debemos pensar aún en un efecto característico del complejo: la tendencia a las *asociaciones contrastivas.* Como ha mostrado minuciosamente Bleuler[125], toda actividad psíquica que aspire hacia un fin tiene que ir acompañada de contrastes, lo que es indispensable para la correcta coordinación y moderación. De acuerdo con la experiencia, en toda decisión los contrastes se presentan como la asociación más próxima. Normalmente los contrastes no constituyen un impedimento, sino que fomentan la reflexión y sirven a la acción. No obstante, si por alguna razón la energía se ve debilitada, el individuo se convierte fácilmente en víctima de una lucha entre lo positivo y lo negativo, en la medida en que el tono afectivo de la decisión ya no basta para someter y reprimir los contrastes. Esto se ve especialmente cuando un complejo fuerte absorbe el dinamismo del individuo; su energía se encuentra disminuida, por eso la atención se vuelve superficial para todo lo ajeno al complejo, la asociación renuncia entonces a una dirección manifiesta, por lo que surge, por un lado, un tipo plano y, por otro, los contrastes ya no pueden reprimirse. La histeria proporciona bastantes ejemplos, donde se trata exclusivamente del contraste afectivo (véase el trabajo de Bleuler), y también la *dementia praecox,* donde se trata del contraste afectivo y de contrastes lingüísticos (véase el trabajo de Pelletier). Fue Stransky quien encontró experimentalmente los contrastes lingüísticos con sus «discursos forzados».

139 Ahora resta todavía hacer algunos comentarios generales a los capítulos II y III sobre el tipo y el transcurso de los complejos.

140 *Todo suceso afectivo se transforma en complejo.* Si el suceso no toca un complejo cercano ya existente y posee solamente una im-

125. Véase Bleuler, *Die negative Suggestibilitat,* y capítulo I [§ 27] de este tratado.

portancia momentánea, se hunde gradualmente con un tono afectivo decreciente en la masa latente de recuerdos, para descansar allí hasta que una impresión cercana lo despierta a la reproducción. Pero si un suceso afectivo toca un complejo ya existente, lo fortalece y lo ayuda a ser preponderante durante un tiempo. Los ejemplos más claros de este tipo se ven en la histeria, donde las aparentes minucias pueden acarrear las explosiones de afecto más grandes. En estos casos la impresión ha tocado directa o simbólicamente el complejo deficientemente reprimido y ha provocado una tormenta del complejo que muchas veces parece totalmente inadecuada en vista a la insignificancia del suceso. Los complejos más fuertes están conectados con los sentimientos e instintos más fuertes. Por eso no es sorprendente que la mayoría de los complejos sean de *naturaleza erótico-sexual* (como la mayoría de los sueños y la mayoría de las histerias). Y principalmente en las mujeres, donde la sexualidad se encuentra en el centro de la vida espiritual, casi no existe ningún complejo que no incluya la sexualidad. A este hecho quizá se podría atribuir la importancia del trauma sexual para la histeria (que Freud creía universal). De todos modos, en el psicoanálisis siempre hay que pensar en la sexualidad, aunque no es necesario advertir que no toda histeria se puede reducir *exclusivamente* a la sexualidad. Cualquier otro complejo fuerte puede provocar síntomas histéricos. O al menos así parece. No menciono aquí todas las restantes especies de complejos; en otra oportunidad ya he intentado esbozar los tipos más frecuentes[126].

141 Al individuo normal le interesa *liberarse de un complejo obsesivo que obstaculiza el desarrollo adecuado de la personalidad (ajuste al entorno).* La liberación llega generalmente con el tiempo. Pero a menudo el individuo debe utilizar ayuda artificial para liberarse. Hemos reconocido que el *desplazamiento* es una ayuda importante. Uno se aferra a algo nuevo, en lo posible a *cosas que contrastan fuertemente con el complejo* (onanismo/mística). Una histeria ha sanado cuando se logra enseñarle un nuevo complejo que la obsesione[127]. (Sokolowski expresa algo similar[128].) Si ha tenido lugar la represión del complejo, durante mucho tiempo subsiste una fuerte *sensibilidad del complejo,* esto es, una mayor disposición del complejo a irrumpir. Si la represión se ha llevado a cabo solamente por medio de *estructuras de compromiso,* existirá una inferioridad du-

126. «El significado psicopatológico del experimento de asociación» [OC 2,8].

127. La histeria utiliza todo tipo de medidas de detalle para protegerse del complejo: conversión en síntomas corporales, escisión de la consciencia, etc.

128. *Hysterie und Hysterisches Irresein.*

radera, una *histeria,* para la que sólo es posible un ajuste limitado al entorno. *Si el complejo sigue existiendo de modo invariado, lo que naturalmente sólo es posible a través de un gravísimo daño al complejo del yo y a sus funciones, tendremos que hablar de una* dementia praecox[129]. *Aquí estoy hablando naturalmente sólo de la faceta psicológica* y constato meramente lo que se encuentra en el alma del demente temprano. La visión expresada por la frase precedente no excluye de ningún modo que la permanencia insuperable del complejo no pueda reducirse también a un envenenamiento interno, que quizá haya sido originariamente desencadenado por el afecto. Esta suposición me parece probable porque concuerda con el hecho de que en la mayoría de los dementes tempranos el complejo se encuentra en primer plano, mientras que en todas las intoxicaciones *primarias* (alcohol, venenos urémicos, etc.) los complejos desempeñan solamente un papel subordinado. A favor de mi suposición también habla el hecho de que muchos casos de *dementia praecox* comienzan con llamativos síntomas histeroides, que sólo «degeneran» en el transcurso de la enfermedad, esto es, se vuelven estereotipos o sinsentidos de una manera característica; por eso la psiquiatría más antigua hablaba directamente de *psicosis histéricas degenerativas.*

142 Por eso podemos formular de la siguiente manera la sentencia que aparece más arriba: considerado desde *fuera,* vemos los signos objetivos de un afecto. Los signos se fortalecen y desfiguran gradualmente (o muy rápido), de tal modo que a la consideración más ingenua finalmente se le hace imposible suponer un contenido psíquico normal. Entonces se habla de una *dementia praecox.* Una química más completa o una anatomía del futuro acaso prueben alguna vez las anomalías objetivas del metabolismo o los efectos del veneno. Considerado desde *dentro* (lo que naturalmente sólo resulta posible por medio de complejas conclusiones analógicas), observamos que el sujeto no logra liberarse psicológicamente de cierto complejo, que asocia siempre con este complejo y por tanto todas sus acciones son una constelación del complejo, por lo cual debe *aparecer cierto vaciamiento de la personalidad.* Todavía no podemos saber hasta qué punto llega el influjo puramente psicológico del complejo; pero podemos suponer *que a los efectos del veneno también les corresponde una importancia considerable en la degeneración progresiva.*

129. Stadelmann expresa una idea similar (¿?), aunque lamentablemente aparece casi asfixiada bajo su abundante maleza conceptual.

4. *DEMENTIA PRAECOX* E HISTERIA: UN PARALELO

143 Sólo se podría escribir una comparación exhaustiva entre la *dementia praecox* y la histeria si conociéramos en profundidad las distorsiones de la actividad asociativa en ambas enfermedades, y principalmente los trastornos afectivos de las personas normales. Pero de momento estamos lejos de algo así. Lo que intentaré aquí es hacer un mero repaso de las similitudes psicológicas en base a las exposiciones precedentes. Como mostrará la exposición del experimento de asociación en dementes tempranos, para comprender los fenómenos catatónicos de asociación es necesaria una comparación previa entre *dementia praecox* e histeria.

A. *Los trastornos de los sentimientos*

144 Los autores que han tratado más recientemente de la *dementia praecox* (Kraepelin, Stransky y otros) colocan los trastornos de los sentimientos en el centro del cuadro patológico. Se habla, por un lado, de un *atontamiento cómodo* y, por otro, de una *incongruencia entre el contenido de la representación y el afecto* (Stransky).

145 Prescindiré aquí de la apatía terminal de los casos perdidos, que apenas pueden compararse con la histeria. (¡Se trata de dos enfermedades completamente diferentes!) Aquí nos limitaremos a los estados apáticos dentro del estadio agudo de la enfermedad. El atontamiento cómodo, que nos llama la atención en muchos dementes tempranos, posee ciertas analogías con la *belle indifférence* de muchos histéricos, que formulan sus quejas con una jovialidad sonriente, lo cual resulta inadecuado; o también hablan con impasibilidad de cosas que deberían afectarlos profundamente. En *Estudios diagnósticos de asociación,* VI y VIII me he esforzado por recalcar en cada caso cómo los enfermos hablan aparentemente de modo anodino sobre cuestiones que tienen la importancia más íntima para ellos. Claro que esto salta a la vista en los análisis en los que se comprende el motivo de la conducta inadecuada: mientras no se vuelva consciente el contexto del complejo, que se encuentra bajo una inhibición especial, los enfermos pueden hablar tranquilamente sobre ello, incluso pueden pasarlo por alto de un modo casi intencional. El pasarlo por alto puede elevarse también a una indiferencia general, a un desplazamiento contrastivo.

146 Durante bastante tiempo observé a una histérica que cada vez que era atormentada por los pensamientos sombríos del complejo se enfrascaba en un estado de ánimo alegremente jovial, por medio

del cual reprimía el complejo. Cuando contaba algo triste, que debía afectarla profundamente, lo hacía con una sonora carcajada. En otras ocasiones hablaba con absoluta impasibilidad de sus complejos (aunque se revelaba el acento de la intencionalidad), como si éstos la afectaran sólo desde la lejanía. El motivo psicológico de esta incongruencia entre el contenido de la representación y el afecto parece radicar en que el complejo es autónomo y que solamente se deja reproducir cuando *él* quiere. Por eso vemos que la *belle indifférence* de los histéricos nunca dura demasiado tiempo, sino que se interrumpe repentinamente por una irrupción salvaje del afecto, por un llanto convulsivo o algo parecido. Vemos algo similar en la apatía eufórica de los dementes tempranos: también aquí aparece de vez en cuando un malhumor aparentemente súbito o una acción violenta o una travesura llamativa, que ya no tienen nada en común con la indiferencia anterior. El profesor Bleuler y yo hemos visto frecuentemente en nuestras investigaciones comunes que la máscara apática o eufórica caía inmediatamente tan pronto como el análisis lograba descubrir el complejo: entonces surgía el afecto adecuado, a menudo de forma tormentosa, al igual que en la histeria, cuando se toca el punto herido. Pero también existen casos en los que el bloqueo defensivo del complejo no se puede romper con ningún medio. Los enfermos dan respuestas «impertinentes» que no dicen nada, esto es, simplemente no aceptan lo que se les pregunta, y menos aún cuando las preguntas apuntan claramente hacia el complejo.

147 A menudo vemos en los dementes tempranos aparentemente apáticos que, tras presentar los estímulos del complejo expuestos de forma voluntaria o involuntaria, aparece *posteriormente* una excitación claramente vinculable con el estímulo. El estímulo actúa entonces como una cierta *incubación.* He experimentado frecuentemente con histéricos que los enfermos hablaban sobre determinados puntos críticos con una impasibilidad y superficialidad aparentemente intencionadas, de tal modo que me sorprendió este pseudoautodominio. Pero unas horas después me llamaban desde la unidad porque la paciente había tenido un ataque que demostraba que el contenido del diálogo había alcanzado el afecto con posterioridad. Se observa lo mismo en el surgimiento de ideas del delirio paranoico (Bleuler). Janet[130] observó que sus enfermos permanecían tranquilos cuando se presentaba un acontecimiento que debería haberlos excitado. Después de un estado de latencia que se extendía desde muchas horas hasta días, aparecía finalmente el afecto corres-

130. Si identifico aquí sin vacilar a los enfermos de Janet (que describe en *Les Obsessions)* con histéricos es porque no logro distinguir a los *obsédés* janetianos de los histéricos.

pondiente. Puedo confirmar esta observación de Janet. Baetz[131] tuvo la oportunidad de observar en sí mismo lo que él llamó la «parálisis de la emoción» con ocasión de un terremoto.

148 Los *estados afectivos sin un contenido representacional adecuado,* tan frecuentes en los dementes tempranos, tienen igualmente sus analogías en la histeria. ¡Recordemos por ejemplo los *estados de angustia* en las *neurosis obsesivas*!* El contenido de la representación es por lo general tan inadecuado que los mismos enfermos se dan cuenta de su inconsistencia lógica y lo consideran un absurdo; a pesar de esto *parece* ser la fuente del miedo. Que no lo es, es algo que demuestra conocidamente Freud de un modo que hasta ahora no ha podido ser refutado y que nosotros sólo podemos confirmar. Recuerdo a la paciente en *Estudios diagnósticos de asociación,* VI, que tenía la idea obsesiva de que había contagiado al cura *y* al médico con sus ideas obsesivas. A pesar de que ella siempre volvía a demostrarse que esta idea carecía de fundamento y era absurda, la seguía torturando angustiosamente. La mayoría de los enfermos reduce las depresiones frecuentes en la histeria a causas a las que solamente puede atribuirse el predicado de «causas encubiertas». En realidad se trata de reflexiones y pensamientos normales, que precisamente habitan en la represión. Una joven histérica padecía una depresión tan fuerte que con cada palabra que pronunciaba estallaba en lágrimas sin motivo. Reducía con tozudez la depresión exclusivamente a dolores en el brazo que sentía ocasionalmente en el trabajo. Pero al final salió a la luz que mantenía una relación amorosa con un señor que no quería casarse con ella, lo que causaba su pena constante. Por eso antes de decir: el demente temprano está deprimido por un motivo inadecuado, debemos tener presentes los mecanismos que actúan en cada ser humano, que siempre persisten en reprimir lo desagradable lo más posible u ocultarlo lo más hondo que se pueda.

149 Las *excitaciones explosivas* en los dementes tempranos pueden surgir de la misma manera que los afectos explosivos de los histéricos. Todo el que trate a histéricos conoce los repentinos estallidos afectivos y las agudas exacerbaciones de los síntomas, y en muchos casos se está ante un enigma psicológico; uno se da por satisfecho al anotar: «el paciente vuelve a estar excitado». Pero un análisis minucioso siempre encuentra una causa clara: una manifestación impensada del entorno, una carta desde un flanco crítico, el aniversario de un suceso crítico, etc. Puede tratarse solamente de un matiz, acaso

131. *Über Emotionsldhmung.*

de un mero símbolo, pero resulta suficiente para desencadenar el complejo[132]. Por eso, si se practica un análisis minucioso en los dementes tempranos se puede encontrar con frecuencia el hilo psicológico que conduce a la causa de la excitación. Por supuesto que no podemos lograrlo en todos los casos, ya que la enfermedad es demasiado opaca. Pero no tenemos motivo para suponer que no existe una conexión suficiente.

150 Que los afectos de los dementes tempranos probablemente no se han extinguido, sino que están meramente extraviados y bloqueados, lo vemos siempre que se nos concede la rareza de echar una mirada totalmente catamnéstica sobre la enfermedad[133]. Los afectos y estados de ánimo exteriormente absurdos se explican subjetivamente a partir de las alucinaciones y ocurrencias patológicas, las cuales, por pertenecer al complejo, son difíciles o imposibles de reproducir a la altura de la enfermedad. Cuando un catatónico es presa constante de escenas alucinatorias que irrumpen en la consciencia con una energía elemental y con un tono mucho más fuerte que el de la realidad exterior, comprendemos sin más que no está en condiciones de reaccionar adecuadamente a las preguntas del médico. O cuando el enfermo, como expone por ejemplo Schreber, percibe a las personas de su entorno como «hombres fugitivos y con prisa», es comprensible que no logre responder a los estímulos de la realidad de modo adecuado, esto es, el enfermo responde a la realidad con *su* modo adecuado.

151 Es típico de la *dementia praecox* la *ausencia de autodominio* o la *falta de dominio de los afectos.* Siempre que se trata de una emotividad de grado patológico encontramos este defecto, sobre todo en la histeria, la epilepsia, etc. Esto es, el síntoma solamente muestra que existe un trastorno grave de la síntesis del yo, es decir, existen complejos fuertes y autónomos que ya no se someten a la jerarquía del complejo del yo.

152 La deficiencia de *transferencia cómoda,* característica en la *dementia praecox,* también la encontramos con frecuencia en histéri-

132. Así Riklin aporta el siguiente ejemplo instructivo: una histérica vomitaba la leche con regularidad. El análisis de la hipnosis reveló que la paciente, cuando vivía con un pariente, fue víctima de un ataque sexual por parte de éste en un establo de donde tenía que recoger la leche. «Ibi homo puellam coagere conatos est, ut semen quod masturbatione effluebat, ore reciperet» [Allí el hombre intentó forzar a la muchacha, para que recibiera en la boca el semen que emanaba de la masturbación]. En la semana que siguió a la hipnosis la paciente vomitó la leche casi siempre, presa de una amnesia total de la hipnosis *(Analytische Untersuchungen der Symptome und Assoziationen eines Falles von Hysterie).*

133. Cf. Forel, *Selbstbiographie eines Falles von Manía acuta,* y Schreber, *Denkivürdigkeiten eines Nervenkrankes.*

eos, con los que nunca logramos atrapar la personalidad y penetrar en el complejo. De todos modos, en los histéricos esto sucede solamente de forma temporal, porque en ellos oscila la intensidad del complejo. En la *dementia praecox,* donde el complejo es muy estable, podemos lograr una transferencia cómoda solamente por instantes si logramos penetrar en el complejo. En la histeria obtenemos algo al penetrar en el complejo, pero nada ganamos en la *dementia praecox-.* inmediatamente después la personalidad del demente temprano sigue estando ahí frente a nosotros, tan fría y extraña como al comienzo. Eventualmente puede incluso generarse un recrudecimiento de los síntomas por medio del análisis. En la histeria, por el contrario, aparece posteriormente cierta solución. Quien haya penetrado con el análisis en el alma de un histérico sabe que de ese modo ha conquistado un poder moral sobre el enfermo. (Lo que de todos modos también es cierto en el caso de la confesión normal.) En cambio, en los dementes tempranos todo sigue en el mismo sitio incluso después de un análisis incisivo. Los enfermos no se identifican con el alma del médico sino que persisten en sus afirmaciones paranoides, atribuyen al análisis motivaciones hostiles, en una palabra: no son influenciables y permanecen así.

B. *Anormalidades caracterológicas*

153 Los trastornos caracterológicos reclaman un lugar importante en la sintomatología de la *dementia praecox,* aunque en realidad no pueda hablarse de un carácter de la «demencia temprana»; en realidad, sí se podría, pero del mismo modo en que se habla de un «carácter histérico», en el que, como es sabido, se incluyen todos los prejuicios posibles, por ejemplo inferioridad moral y cosas similares. La histeria no crea un carácter, sino que meramente exagera los atributos ya existentes. Por eso entre los histéricos existen todos los temperamentos: hay personalidades egoístas y altruistas, criminales y santas, naturalezas sexualmente excitables y sexualmente frías, etc. Lo que distingue la histeria es solamente la existencia de un complejo demasiado poderoso, que es incompatible con el complejo del yo.

154 Para ilustrar los trastornos caracterológicos de la *dementia praecox* se puede por ejemplo tomar la *afectación* (amaneramiento, melindre, ansias de originalidad, etc.). Este síntoma también lo encontramos frecuentemente en la histeria y, muy a menudo, cuando los pacientes se *encuentran desplazados de su posición social.* Es harto frecuente ver la afectación en la forma de un comportamiento remilgado y pretencioso en el caso de mujeres que desde su posición social baja tienen mucho trato con estamentos sociales más altos,

como es el caso de costureras, camareras, criadas, etc., pero también en hombres que no están conformes con su posición social y que al menos intentan darse el barniz de una educación superior o de una posición más imponente. Estos complejos también gustan de unirse con ínfulas aristocráticas, con entusiasmos literarios o filosóficos, con visiones y exteriorizaciones extravagantes, «originales». Se revelan en las maneras exageradas, especialmente en un lenguaje escogido, que se explaya en expresiones pomposas, *terminis technicis,* giros rebuscados y frases altisonantes. Por eso encontramos estas características justamente en aquellos casos de *dementia praecox* que albergan alguna forma de «delirio de ascenso social» (véase ICrafft-Ebing).

155 En este caso la enfermedad toma el mecanismo de la normalidad, es decir, de la caricatura de la normalidad, de la histeria, sin que por ello la afectación contenga algo específico. Los casos de este tipo tienen una especial tendencia hacia los *neologismos,* que después son generalmente utilizados como expresiones eruditas o como *termini technici* que suenan distinguidos. Por ejemplo, una de mis pacientes los llama «palabras poderosas» y revela una especial inclinación hacia las expresiones raras, pero que a ella evidentemente le parecen precisas. Las «palabras poderosas» sirven para destacar la personalidad del modo más imponente posible y para adornarla. La insistencia en las «palabras poderosas» acentúa el valor de la personalidad frente a la incertidumbre y la hostilidad, por lo cual los dementes tempranos las usan también frecuentemente como fórmulas defensivas y de conjuro. Un demente temprano bajo mi observación amenazaba a los médicos que le prohibían alguna cosa con las palabras: «Yo, el Gran Duque Mefisto, haré que se lo trate con una venganza de sangre debido a la representación del Orangután». Otros utilizan las «palabras poderosas» para conjurar las voces[134].

156 La afectación también se expresa en los gestos y en la escritura; esta última, como es sabido, se adorna con todo tipo de extrañas volutas. Encontramos analogías normales a esto por ejemplo en las chicas jóvenes, que por capricho afectan una escritura muy marcada u original. Los dementes tempranos a menudo tienen una escritura característica: las tendencias contradictorias de su psique se expresan en cierto modo en una escritura que muestra un rasgo inclinado, fluido, puntiagudo, grande o pequeño. También puede observarse fácilmente lo mismo con histéricos muy temperamentales, en quienes incluso se puede probar sin dificultad que el cambio de escritura

134. Comparable a las *conjurations* de Janet *(Les Obsessions* I); véase además Schreber (l.c.).

empieza en un pasaje que hace referencia al complejo. También en las personas normales se observan con frecuencia distorsiones en pasajes que hacen referencia al complejo.

157 Naturalmente que la afectación no es la única fuente de los neologismos. Una gran cantidad surge de los sueños y sobre todo de las alucinaciones. A menudo se encuentran condensaciones lingüísticas y asociaciones sonoras que son analizables y cuyo surgimiento debe explicarse según los principios expuestos en los capítulos precedentes. (¡Existen ejemplos muy acertados en Schreber!) También se puede comprender el surgimiento de la «ensalada de palabras» a partir del concepto de Janet del *abaissement du niveau mental.* Muchos dementes tempranos que son algo negativos y no quieren responder a las preguntas, muestran tendencias «etimológicas» en la medida en que, en lugar de contestar, descomponen la pregunta y eventualmente la dotan de asociaciones sonoras, lo que no es otra cosa que un desplazamiento y ocultamiento del complejo: no quieren contestar a la pregunta y por eso se desvían hacia el fenómeno sonoro de la misma[135]. También existen muchos indicios de que a los dementes tempranos les llaman más la atención los momentos sonoros del lenguaje que a otros enfermos; a menudo se ocupan justamente del análisis y de la interpretación[136]. Lo inconsciente muestra en general una tendencia hacia nuevas estructuras lingüísticas. (Compárense las «lenguas celestiales» de los sonámbulos clásicos, especialmente las interesantes creaciones de Héléne Smith[137].)

158 La *desconsideración,* la *estrechez* y la *impenetrabilidad* para la persuasión las encontramos en el terreno normal y patológico, espe-

135. Algo análogo a no reaccionar ante la palabra-estímulo, cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.

136. El enfermo de Forel tuvo que efectuar muchas reinterpretaciones de este tipo: por ejemplo traducía el nombre *Vaterlaus* por *pater laus tibi.* Un enfermo bajo mi observación se quejaba de las insinuaciones que se le hacían por medio de la comida. Por ejemplo, recientemente se le había servido una mazorca *Leinenfaser*\ en la comida. A partir de esto suponía que se estaba haciendo alusión a la señorita Fueguito [Fráulein Feuer/em], una antigua conocida, con quien ciertamente no había tenido relaciones íntimas. El mismo enfermo me dijo un día que no comprendía qué tenía que ver con él una «forma verde». Había sido conducido a esa idea porque se le dio «cloroformo» en la comida *(chloros, forma).*

137. En los experimentos con escritura inconsciente (psicografía) puede observarse especialmente cómo el inconsciente juega con las representaciones. Las palabras se escriben a menudo en el orden inverso o aparecen extraños conglomerados de palabras dentro de frases que son por lo demás claras. Dentro de la constelación de una convicción espiritista también se construyen rudimentos de nuevas lenguas. El médium más extraordinario de creación lingüística que se conoce es Héléne Smith (cf. Flournoy, *Des Indes á la planéte Mars).* He referido fenómenos similares en mi escrito *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* [OC 1,1].

cialmente cuando actúan causas afectivas. En general sólo se necesita, por ejemplo, una firme convicción religiosa o de otra especie para que eventualmente las personas se vuelvan desconsideradas, crueles y estrechas. Para esto no resulta necesaria la suposición de un atontamiento cómodo. Debido a su sensibilidad exacerbada, los histéricos se vuelven egoístas, desconsiderados y se torturan con ello tanto a sí mismos como a sus congéneres. Tampoco aquí hay un atontamiento, sino un ofuscamiento causado por el afecto. De todos modos, aquí tengo que volver a recordar la limitación ya mencionada varias veces: que entre la histeria y la *dementia praecox* solamente existe una *similitud* del mecanismo psicológico y de una *identidad.* En el caso de la *dementia praecox* estos mecanismos calan mucho más hondo, quizá por el hecho de estar además complicados por el efecto de un veneno.

159 El *comportamiento pueril* del hebefrénico tiene sus analogías con los *estados de moria**3* de los histéricos. Durante largo tiempo observé a una histérica de grandes dotes espirituales, que a menudo tenía estados de excitación en los que revelaba claramente un comportamiento exquisitamente infantil *y* tonto. Esto sucedía regularmente cada vez que tenía que reprimir pensamientos tristes del complejo. Janet también conoce este comportamiento, que naturalmente aparece en todas las gradaciones: «Estas personas representan una especie de comedia, juegan a ser pequeños, ingenuos, mimosos, fingen una ignorancia completa y gustan de hacerse pasar por tontos»[138] [139].

C. *Trastornos intelectuales*

160 En la *dementia praecox* la consciencia muestra anomalías que ya se han comparado numerosas veces con las de la histeria o la hipnosis. Frecuentemente se presentan signos de un *estrechamiento de la consciencia,* esto es, de reducción de la claridad a una única representación al mismo tiempo que se produce un aumento anormal de la confusión de todas las asociaciones marginales. Según la opinión de diferentes autores a partir de esto podría explicarse la aceptación ciega de representaciones sin inhibiciones ni correcciones, algo análogo a la sugestión. También muchos autores pretenden atribuir a esto la *sugestibilidad* específica de los catatónicos (ecosíntomas). Contra esta visión sólo puede objetarse que existe una di-

138. Fü rstner, *Die Zurechnungsfahigkeit der Hysterischen.*

139. *Les Obsessions* I, p. 391. [«Ces personnes jouent une sorte de comédie, ils se font pctis, naífs, cálins, ils jouent l'ignorance complète et aiment á passer "pour un peu bébétes*'.»]

ferencia significativa entre la sugestibilidad normal y la catatónica. En el caso de las personas normales vemos que el sujeto de experimentación se atiene con bastante exactitud a la sugestión cuando intenta realizarla. En el caso de los histéricos, y siempre según el grado y el tipo de la enfermedad, aparecen ingredientes extraños; por ejemplo, el sueño sugestivo se convierte fácilmente en una hipnosis histeroide, en un estado histérico de semiinconsciencia, o las sugestiones se ejecutan en parte y como añadidura de acciones marginales no intencionales[140]. Por eso la hipnosis es más difícil de controlar en las histerias graves que en las personas normales. En la catatonía es mucho mayor la contingencia de los fenómenos sugestivos. La sugestibilidad se limita frecuentemente al campo motor, de tal modo que sólo tiene lugar una ecoquinesia, a menudo solamente se presenta una ecolalia. Es difícil presentar un caso de sugestión verbal en la *dementia praecox,* y cuando sucede, las consecuencias son incontrolables y azarosas. En los dementes tempranos se agregan elementos extraños a la sugestibilidad normal. De todos modos no existe ningún motivo que prohíba la suposición de que la sugestibilidad catatónica, al menos en sus restos normales, pueda reducirse a los mismos mecanismos psicológicos que la histérica. Sabemos que en la histeria hay que buscar lo incontrolable del efecto sugestivo en el complejo autónomo. No hay ninguna razón por la que no estemos ante el mismo caso en la *dementia praecox.* La *dementia praecox* muestra un comportamiento caprichoso similar al de la sugestión frente a otras medidas psicoterapéuticas, por ejemplo, frente al desplazamiento, el abandono[141], la educación a través del ejemplo, etc. Hasta qué punto el mejoramiento de antiguos catatónicos depende de desplazamientos hacia nuevas relaciones de conexiones psicológicas es algo que muestran los análisis sutiles y sumamente valiosos de Riklin[142].

161 La *lucidez de la consciencia* está sometida en la *dementia praecox* a todas las formas posibles de oscurecimiento; puede pasar desde la claridad total a la confusión más profunda. Desde Janet, las

140. Traté durante algún tiempo a una histérica que sufría fuertes depresiones, dolores de cabeza y una incapacidad total para trabajar. Cuando le sugería entusiasmo por el trabajo y un mejor humor, al otro día estaba anormalmente alegre, reía sin parar y era poseída por una verdadera manía por el trabajo que la hacía trabajar hasta altas horas de la noche. Pero al tercer día estaba profundamente agotada. La jovialidad, que se le aparecía como infundada, ahora le resultaba incluso desagradable, pues se le ocurrían constantemente todas las tonterías posibles, bromas estúpidas, etc., acompañadas de una risa forzada. En mi trabajo «Un caso de estupor histérico en una mujer en prisión preventiva» [OC 1,5] se encuentra un ejemplo de hipnosis histeroide.

141. Cf. Bleuler, *Frühe Entlassungen.*

142. Riklin, *Über Versetzungsbesserungen.*

oscilaciones de la lucidez en la histeria son casi proverbiales. En la histeria podemos distinguir entre trastornos *momentáneos* y *duraderos*. El trastorno momentáneo puede ser un leve *engourdissement* de pocos segundos de duración o una irrupción momentánea, alucinatoria y extática, igualmente de breve duración. En la *dementia praecox* conocemos los bloqueos abruptos, la momentánea «privación de los pensamientos» y la irrupción fulminante y alucinatoria con impulsos caprichosos. Conocemos los trastornos duraderos de la lucidez en la histeria bajo la forma de estados de sonambulismo con numerosas alucinaciones o bajo la forma de estados «letárgicos» (Lówenfeld) o catalépticos. En la *dementia praecox* se trata de fases alucinatorias duraderas con una confusión más o menos fuerte o estados de estupor.

162 La *atención* se encuentra regularmente trastornada en la *dementia praecox*. Pero los trastornos de la atención también juegan un papel importante en el terreno de la histeria. Janet, por ejemplo, dice sobre los *troubles de Vattention* [trastornos de atención]: «Se puede decir que el trastorno principal consiste no en una supresión de las facultades intelectuales, sino en una dificultad para fijar la atención. Los sujetos siempre tienen la mente distraída por alguna preocupación vaga y nunca se entregan por completo al objeto que se les propone»[143]. Como se desprende de las exposiciones del capítulo 1, pueden aplicarse las palabras de Janet a los dementes tempranos. Lo que perturba la concentración de los enfermos es el complejo autónomo, que paraliza todas las restantes actividades psíquicas. Esto es lo que curiosamente Janet ha pasado por alto. En la histeria nos llama la atención (como en cualquier estado afectivo en general) que los enfermos vuelven siempre a su «historia» (¡por ejemplo la histeria traumática!) y que sólo dejan que se estructure todo su pensamiento y su accionar a través del complejo. En la *dementia praecox* observamos con frecuencia una estrechez semejante, pero de alta intensidad, especialmente en sus formas paranoides. Resulta ciertamente innecesario aportar ejemplos.

163 La *orientación* cambia en ambas enfermedades de un modo caprichoso similar. En la *dementia praecox,* cuando no se trata precisamente de fuertes excitaciones acompañadas de profunda confusión, se tiene frecuentemente la impresión de que los enfermos son perturbados meramente por ilusiones, pero que en líneas generales

143. *Les Obsessions,* p. 363. [«On peut dire que c'est là le trouble principal qui consiste non dans une suppression des facultés intellectuelles, mais dans une difficulté de fixer l'attention. lis ont toujours I'esprit distrait par quelque préoccupation vague et ne se donnenr jamais entiérement á l'objet qu'on leur propose.»].

se encuentran bien orientados. En la histeria no se tiene siempre esta impresión, pero uno se puede convencer de que existe una orientación correcta hipnotizando a los enfermos. La hipnosis reprime el complejo histérico y conduce nuevamente a la reproducción del complejo del yo. Así como en la histeria sobreviene la desorientación debido a que un complejo patógeno desplaza al complejo del yo de la reproducción, algo que puede suceder momentáneamente, esto también puede ocurrir fácilmente en la *dementia praecox,* en donde las respuestas totalmente claras pueden ser reemplazadas en el instante siguiente por las declaraciones más extrañas[144]. La lucidez de la consciencia se ve frecuentemente afectada en el estadio agudo, donde los enfermos se encuentran muchas veces en un verdadero sueño[145], esto es, en un «delirio del complejo»[146].

164 Como ya se dijo, las *fases alucinatorias-delirantes* pueden equipararse a las histéricas (obviamente sabiendo que se trata de dos enfermedades diferentes). Si aplicamos el análisis de Freud podemos experimentar con facilidad que el contenido del delirio histérico es siempre un claro *delirio del complejo,* esto es, el complejo patógeno aparece de forma espontánea y de algún modo despliega su fuerza vital, generalmente bajo la forma de *satisfacción del deseo*[147].

144. En el trabajo de Riklin *Zur Psychologie hysterischer Dammerzustände und des Ganser'schen Symptoms* se encuentra un bonito ejemplo de los cambios momentáneos en la histeria. Riklin demuestra allí que en el mismo enfermo, según cómo se le formule la pregunta, estaba presente la orientación correcta o paranoide. Lo mismo puede aparecer espontáneamente si el complejo es excitado mediante un estímulo. Riklin refiere sobre un caso experimental de este tipo en *Estudios diagnósticos de asociación,* VII, donde frente a una palabra-estímulo crítica hace su entrada un estado momentáneo de semiinconsciencia que perdura durante algún tiempo. Las ocurrencias patológicas son en principio lo mismo, por ejemplo las inserciones automáticas en la lengua oral o escrita en los sonámbulos. (Cf. Flournoy, *Des Indes á la planéte Mars.)*

145. Cf. Meyer, l.c.

146. Recalco que el sueño normal siempre es un delirio del complejo, es decir, su contenido siempre está determinado por uno o más complejos que precisamente en ese momento son actuales. Es sabido que Freud ha demostrado esto. Si uno analiza sus sueños según el método freudiano, se comprende inmediatamente la justificación de la expresión «delirio del complejo». Muchos sueños son satisfacciones de deseos. Los sueños endógenos se refieren exclusivamente a complejos; los exógenos, esto es, los sueños influidos o causados por medio de estímulos corporales durante el descanso, son, por lo que he visto hasta ahora, fusiones de constelaciones del complejo con elaboraciones más o menos simbólicas de la percepción corporal.

147. Buenos ejemplos de ello son los estados semiinconscientes de Ganser y los delirios de los sonámbulos (cf. Riklin, *Zur Psychologie hysterischer Ddmmerzustdnde-,* además Jung, «Un caso de estupor histérico en una mujer en prisión preventiva» y «Sobre simulación de trastorno mental» [OC 1, 5 y 61). Weiskorn aporta un bonito ejemplo de delirio del complejo con reinterpretación: una parturienta primeriza de veintiún años reinterpreta sus contracciones de la siguiente manera; se agarra el vientre y pregunta: «¿quién me aprieta?». La aparición de la cabeza la interpreta como una defecación dificultosa. *(Transitorische*

165 En las correspondientes fases agudas de la *dementia praecox* no necesitamos buscar mucho para encontrar situaciones similares. Todo psiquiatra conoce los delirios de las pobres mujeres que no se han casado, que presentan compromiso matrimonial, boda, coito, embarazo y nacimiento. En este momento me doy por satisfecho con esta interpretación y me reservo el derecho de volver más adelante a estas cuestiones, pues es extraordinariamente importante para la determinación de los síntomas[148].

166 Con esto ingresamos en el terreno de las *ideas demenciales* y de las *alucinaciones.* Ambos síntomas aparecen en todos los enfermos mentales, también en la histeria. Debe tratarse de mecanismos que se encuentran preformados universalmente y a través de los que se liberan los más diversos agentes nocivos. Por eso solamente nos puede interesar el contenido de las ideas demenciales y de las alucinaciones, a las que también subsumimos las *ocurrencias patológicas.* Aquí nos puede ayudar nuevamente la histeria, que es el trastorno mental más transparente. Se puede establecer cierto paralelismo entre las ideas demenciales y las *ideas obsesivas,* también con los prejuicios toscos que descansan sobre los afectos, que con tanta frecuencia encontramos en la histeria, y finalmente con los dolores y

Geistesstdrung beitn Geburtsakt). Krafft-Ebing, en su *Lehrbuch,* y Mayer, en *Sechzehn Fälle von Halbtraumzustand* hablan de delirios transparentes. Claros delirios del complejo son las fantasmagorías sem¡conscientes o inconscientes de los histéricos descritos por Pick en *líber pathologische Trdumerei und ihre Beziehung zur Hysterie,* así como las novelas de Héléne Smith (descrita por Flournoy) o los sonámbulos observados por mí. Otro caso claro se encuentra en Bolín *(Ein Fall von doppeltem Beivusstsein).*

148. Riklin ya ha realizado algunos aportes dignos de mención a esta cuestión en su trabajo *ÜberVersetzungsbesserungen.* Cito como ejemplo uno de sus casos: la señorita M. S., veintiséis años, educada e inteligente. Hace seis años sufrió un breve ataque de la enfermedad, pero posteriormente se recuperó tan bien que fue dada de alta considerándosela curada y no se hizo el diagnóstico de *dementia praecox.* Antes del ataque presente se había enamorado de un compositor con quien tomaba clases de canto, además de cantar una pieza solista en un concierto; este compositor la llenaba de admiración. El amor avanzó rápidamente hacia una cima pasional y con ello estallaron excitaciones enfermizas. Fue llevada al Burghólzli. Al principio consideró su ingreso en el hospital y todo lo que la rodeaba como un «descenso a un submundo». Fue decisiva *Charon,* la última composición del músico. Más tarde, después de esta marcha purificadora por el submundo, interpretaba todo lo que sucedía en torno a ella en el sentido de dificultades y luchas que tenía que superar para unirse al enamorado. La paciente creía que otra paciente era su enamorado y durante algunas noches se iba a su cama. Posteriormente creía que estaba embarazada, sentía y oía mellizos en su vientre, una niña, que se parecía a ella, y un niño, parecido al padre. Más tarde creía haber dado a luz y alucinaba con tener a un niño junto a ella en la cama. Con esto finalizó la psicosis. La paciente había encontrado un sucedáneo sagrado para la realidad. Ahora volvió rápidamente a la tranquilidad, se sintió más libre en su comportamiento, se aflojó su rigidez en la postura y en la marcha, y estaba dispuesta a facilitar información catamnéstica, de tal modo que sus datos pudieron compararse muy bien con las notas de la historia clínica.

quejas corporales tercamente defendidos. No puedo repetir la génesis de estas *afirmaciones demenciales* de la histeria, debo dar por sentado el conocimiento de las investigaciones freudianas. Las *afirmaciones demenciales* de los histéricos son desplazamientos, esto es, el afecto próximo a ellas no pertenece realmente a ese sitio, sino a un complejo reprimido que precisamente se oculta a través de esta medida. Una *idea obsesiva* insuperable muestra meramente que se reprime algún complejo (por lo general sexual); lo mismo vale para los restantes síntomas histéricos tercamente defendidos. Ahora tenemos base para suponer (¡me apoyo en varias docenas de análisis!) que también en la idea demencial de la *dementia praecox* ocurre un proceso en principio parecido[149].

167 Me doy por satisfecho con aclarar mi punto de vista con un sencillo ejemplo: una criada de treinta y dos años se deja extraer los dientes para hacerse colocar una dentadura completa. En la noche que sigue a la operación aparece un fuerte estado de angustia. La paciente se cree condenada y perdida por toda la eternidad debido a que ha cometido un gran pecado: no debería haberse dejado extraer los dientes. Hay que rezar por ella para que Dios le perdone este pecado. Al día siguiente la paciente estuvo tranquila y se dedicó a trabajar. Pero en las noches siguientes aumentaron los estados de angustia. Investigué su vida anterior tanto con la paciente como con sus patrones, para los que trabajaba desde hacía años. Pero nada se sabía, esto es, la paciente negaba cualquier tipo de emociones en su historia pasada e insistía con gran afecto en las extracciones de dientes como causa de la enfermedad. La enfermedad empeoró rápidamente, y la paciente tuvo que ser ingresada con todos los síntomas de una excitación catatónica. En esta ocasión se puso de manifiesto que la paciente había escondido durante muchos años un niño ilegítimo, de cuya existencia ni siquiera su familia había tenido noticia. Desde hacía un año, la paciente tenía una relación y quería casarse, pero nunca podía decidirse realmente a hacerlo porque era torturada constantemente por la angustia de que el novio la rechazase si se enteraba de su pasado. Allí se hallaba por tanto la fuente del miedo, y al mismo tiempo queda claro por qué el afecto por la extracción dental tenía que ser inadecuado.

149. En su análisis psicológico del *délire chronique á évolution systématique* [delirio crónico a la evolución sistemática] de Magnan, Godfernaux encuentra un trastorno afectivo: «En réalité la pensée du malade est passive; il oriente sans s'en rendre compte toutes ses conceptions dans la direction prescrite par son état affectif» [En realidad el pensamiento del enfermo es pasivo; sin darse cuenta, orienta todas sus concepciones en la dirección que prescribe su estado afectivo] {*Le Sentiment et la pensée,* p. 84.)

168 El mecanismo del desplazamiento nos muestra el camino para comprender el surgimiento de una afirmación demencial. Pero este camino está plagado de infinitos obstáculos. La conocida peculiaridad de las ideas demenciales en la *dementia praecox* nos hace casi imposible hallar otras analogías. De todas maneras, la psicología de las personas normales y de las histéricas nos ofrece algunos puntos de apoyo para al menos acercarnos a las formas más frecuentes de demencia.

169 El *delirio de referencia* ha sido analizado y explicado por Bleuler[150]. Los sentimientos de referencia se encuentran allí donde existe un complejo fuertemente afectivo. Una de las características específicas de todos los complejos fuertes es asimilar todo lo que sea posible; es de sobra conocido que cuando se experimenta un afecto fuerte se tiene momentáneamente el sentimiento de que «la gente lo nota». Sobre todo el afecto agudo desencadena asimilaciones a partir de sucesos totalmente indiferentes del entorno y ocasiona con ello los más abultados errores de juicio. Cuando nos sucede una desgracia lo primero que estamos dispuestos a aceptar en nuestra ira inicial es que alguien nos ha dañado u ofendido *intencionalmente.* En el caso de los histéricos, un prejuicio de este tipo puede fijarse durante mucho tiempo dependiendo de la magnitud y duración de los afectos, con lo cual estaríamos ante un delirio de referencia. De aquí a la suposición demencial de que existen maquinaciones extrañas hay sólo un paso. Este camino conduce a la paranoia[151]. Pero con frecuencia las increíbles y grotescas ideas demenciales de la *dementia praecox* no se reducen fácilmente al delirio de referencia. Por ejemplo, cuando un demente temprano atribuye simplemente todas y cada una de las cosas que suceden en él y fuera de él a algo no natural y «diseñado», entonces la hipótesis más probable es la de un trastorno más elemental que el delirio de referencia[152]. Evidentemente existe algo en la percepción (apercepción) de los dementes tempranos que impide una asimilación normal. En la percepción falta un matiz, o hay uno de más, por medio del que recibe un acento extraño. (¡Berze!) *

150. *Affektivitat, Suggestibilitdt, Paranoia.* Cf. También Neisser, *Paranoia und Schwachsinn.*

151. Cf. Marguliés, *Die primäre Bedeutung der Affecte im ersten Stadium der Paranoia,* y Gierlich, *Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen.*

152. Un demente temprano que he tratado encuentra que todo es artificial; lo que le dice el médico, lo que hacen los restantes enfermos, los trabajos de limpieza, la comida, etc.; todo es artificial y se produce porque una de sus perseguidoras «tiene una princesa en su cabeza a través de la cual le grita a las personas lo que tienen que hacer».

170 En el terreno de la histeria contamos con analogías para esto: los trastornos de los *sentimientos de la actividad.* Toda actividad psíquica, exceptuando el tono del deseo o la desgana, está acompañada además de un tono afectivo que la califica dentro de su especificidad (Hóffding). Lo que queremos decir con esto queda bien explicado a través de las importantes observaciones que hizo Janet de los psicasténicos. Las decisiones de la voluntad y las acciones no están acompañadas por los sentimientos que normalmente deberían hacerlo, sino por ejemplo de *sentiments d'incomplétude* [sentimientos de falta de completitud]: «El sujeto siente que la acción... no se ha realizado por completo, que falta algo»[153]. O toda decisión de la voluntad acarrea consigo un *sentiment d'incapacité* [sentimiento de incapacidad]: «Estas personas experimentan de antemano sentimientos punibles ante el pensamiento de que deberán actuar, ellos *temen la acción* por sobre todas las cosas. Su sueño, como afirman todos, sería una vida en la que no haya nada que hacer»[154]. Una anormalidad del sentimiento de actividad muy importante para la psicología de la *dementia praecox* es el *sentiment d'automatisme*[155] [sentimiento de automatismo]. Un enfermo se expresó como sigue acerca de esto: « No puedo darme cuenta... de que actúo realmente. Todo es mecánico en mí y hecho de manera inconsciente»[156]. «No soy más que una máquina»*. Muy cercano a esto se encuentra el *sentiment de domination* [sentimiento de dominación]. Un enfermo describe este sentimiento de la siguiente manera: «Desde hace cuatro meses me sobrevienen ideas extravagantes, me parece que estoy obligado a pensarlas, a decirlas; alguien me hace hablar, me sugieren palabras groseras, no es mi culpa que mi boca actúe a pesar de mí»[157].

171 Un demente temprano podría hablar del mismo modo. Por eso es lícita la pregunta de si aquí no se trata al fin *y* al cabo de un demente temprano. En la lectura de la obra de Janet he prestado especial atención a detectar casos de *dementia praecox* entre el material

153. *Les Obsessions* I, pp. 264 s. [«Le sujet sent que l'action... n'est pas faite complétement, qu'il lui manque quelque chose.»]

154. L.c., pp. 268 y 266. [«Ces personnes éprouvent d'avance des sentiments punibles á la pensée qu'il faudra agir, ils *redoutent l'action* par-dessus tout. Leur rêve, comme ils le disent tous, serait une vie oü il n'y aurait plus rien á faire.»]

155. L.c., p. 272.

156. Cf. Ball, *La Folie du doute,* p. 43. [«Je ne peux pas me rendre compte... que j'agis réellement. Tout est mécanique chez moi et fait inconsciemment.»]

* «Je ne suis qu'une machine.»

157. Janet, *Les Obsessions* I, pp. 273 s. [«Depuis quatre mois il me vient des idées baroques, il me semble que je suis obligée de les penser, de les dire; quelqu'un me fait parler, on me suggére des mots grossiers, ce n'est pas ma faute si ma bouche marche malgré moi...»]

patológico, algo que puede darse fácilmente en un autor francés. Pero no he encontrado nada sospechoso y por eso no tengo motivo para suponer que el enfermo citado más arriba fuera un demente temprano. Además pueden escucharse con frecuencia afirmaciones similares por parte de histéricos, principalmente de sonámbulos, y finalmente se encuentran cosas similares en muchas personas normales que se encuentran bajo el dominio de un complejo inusualmente fuerte, por ejemplo en el caso de poetas y artistas. (Compárese por ejemplo con lo que dice Nietzsche acerca del surgimiento del *Zaratustra*[158].) Un buen ejemplo del trastorno de los sentimientos de actividad es el *sentiment de perception incompléte* [sentimiento de percepción incompleta][159]. Un enfermo dice: «Es como si viera las cosas a través de un velo, de la niebla... es como si escuchara a través de un muro que me separa de la realidad»*. Una persona normal que estuviese bajo el influjo inmediato de un afecto fuerte podría expresarse de modo similar. Pero los dementes tempranos también se expresan así cuando hablan de su *percepción insegura del entorno* («Me parece que usted es el médico», «parece que fue mi madre», «es parecido al Burghólzli, pero no es ese lugar»)[160]. Cuando un paciente de Janet dice: « El mundo se me aparece como una alucinación gigantesca»[161], esto también es válido en alto grado para los dementes tempranos, quienes por así decirlo viven continuamente (sobre todo en las fases agudas) como en un sueño y por eso se expresan de esa manera en la enfermedad y de forma catamnéstica.

172 Los *sentiments d'incomplétude* influyen también especialmente en los afectos. Un enfermo de Janet dice: «Me parece que nunca volveré a ver a mis hijos, todo me deja indiferente y frío... yo querría poder desesperarme, gritar de dolor, sé que debería estar triste, pero no logro estarlo... ya no siento ni placer ni pena, sé que una comida es buena, pero la engullo sólo porque debo hacerlo, sin hallar en ella el placer que experimentaba antes. Existe una espesura enorme que me impide sentir las impresiones morales». Otro enfermo dice: «Me gustaría intentar pensar en mi hija pequeña, pero no puedo, el pensamiento sobre mi hija apenas me atraviesa el espíritu, pasa sin dejarme ningún sentimiento»[162].

158. *Werke* VI, p. 482s.

159. Janet, *Les Obsessions* I, p. 282.

* «C'est comme si je voyais les dioses au travers d'un voile, d'un brouillard... c'est comme si j'entendais au travers d'un mur qui me sepafe de la réalité».

160. En Schreber, l.c., también se encuentran ejemplos acertados.

161. L.c., p. 289. [«Le monde m'apparaít comme un gigantesque hallucination.»]

162. L.c., p. 299. [«Il me semble que je ne reverrai plus mes enfants, tout me laisse indifférente et froide... je voudrais pouvoir me désespérer, crier de douleur, je sais que

173 He escuchado en muchas ocasiones afirmaciones espontáneas de este tipo por parte de histéricos y de dementes tempranos, afirmaciones que pueden en alguna medida aportar algo de información. Una mujer joven, que enfermó de catatonia y que tuvo que separarse de su marido e hijo en circunstancias particularmente trágicas, mostraba una total desafección hacia todas las reminiscencias familiares. Yo le expuse la totalidad de esa situación profundamente triste e intenté despertar un sentimiento adecuado. Ella rio durante mi exposición; cuando hube terminado, se quedó un momento en silencio y dijo: «Es que ya no puedo sentir nada».

174 Según nuestra concepción, los *sentiments d'incomplétude,* etc., son *productos de la inhibición que parten del complejo superior.* Cuando estamos dominados por un complejo, únicamente las representaciones del complejo tienen un tono completo, esto es, una claridad total; todas las percepciones restantes, sean internas o externas, están sometidas a la inhibición, por lo que se vuelven opacas, es decir, pierden tono afectivo. Sobre este fundamento se llega al estado incompleto de los sentimientos de la actividad y finalmente a la desafección. Estos trastornos condicionan directamente al *sentimiento de extrañeza.* Pero el razonamiento obtenido en la histeria impide que sea proyectado inmediatamente hacia fuera, como en la *dementia praecox.* Pero si aligeramos el juicio de la proyección hacia fuera dejando entrar ciertas representaciones supersticiosas, se produce una explicación inmediata en el sentido de una potencia venida desde fuera. Los ejemplos más claros los aportan los médiums espiritistas, en los que una serie de minucias se atribuyen a causas suprasensibles, si bien hay que decir que nunca de un modo tan grotesco y tosco como en la *dementia praecox.* Solamente vemos algo parecido en el *sueño normal,* en donde se proyecta hacia fuera con absoluta normalidad e ingenuidad. Los mecanismos psicológicos del sueño y de la histeria están íntimamente asociados a los de la *dementia praecox.* Por eso no es demasiado atrevido hacer una comparación con el sueño. En el sueño vemos cómo la realidad es recubierta por imágenes fantasiosas, cómo las pálidas representaciones de la memoria vigilante adquieren un contorno concreto, cómo se transforman las impresiones del entorno en el sentido del sueño: el soñante se encuentra en un mundo nuevo y diferente, que

je devrais étre malheureuse, mais je n'arrive pas á l'étre... je n'ai pas plus de plaisir que de peine, je sais qu'un repas est bon, mais je l'avale puisqu'il le faut, sans y trouver le plaisir que j'aurais eu autrefois... II y a une épaisseur énorme qui m'empéche de ressentir les impressions morales»] [«Je voudrais bien essayer de penser á ma petite filie, mais je ne peux pas, la pensée de mon enfant me traverse á peine l'esprit, elle passe et ne me laisse aucun sentiment.»]

ha proyectado desde sí mismo. Dejemos que un soñante se pasee por ahí y actúe como alguien que está despierto: así tendremos el cuadro clínico de la *dementia praecox.*

175 No puedo ocuparme aquí de todas las formas de demencia. Solamente quiero discutir brevemente la conocida *demencia de la influencia del pensamiento.* La influencia del pensamiento sucede de diferentes formas; la más frecuente es la «privación del pensamiento». Los dementes tempranos se quejan a menudo de que se les arrebatan los pensamientos[163] cuando quieren pensar o decir algo[164]. En el camino de la proyección hacia fuera, con frecuencia hacen responsable de ello a una potencia extraña. La «privación del pensamiento» se muestra exteriormente bajo la forma del *bloqueo*[165]. De repente el investigador ya no obtiene respuesta a una pregunta. El enfermo quizá alegue que no puede contestar, que los pensamientos le han sido «arrebatados». El experimento de asociación nos ha enseñado que los tiempos de reacción largos y el fracaso de la reacción («fallo») suelen aparecer cuando se trata de una reacción del complejo. El tono afectivo fuerte inhibe la asociación. El fenómeno se encuentra con mayor intensidad en la histeria, en donde en ciertos momentos críticos al paciente «simplemente no se le ocurre nada». Esto ya es privación del pensamiento. El mecanismo es el mismo en la *dementia praecox,* en la medida en que aquí también se inhibe el pensamiento en los puntos del complejo (del experimento o de la conversación). Esto puede observarse con facilidad en los casos pertinentes cuando en una ocasión se habla sobre un tema indiferente (para el paciente) y, en otra, sobre un tema del complejo. En el caso del tema indiferente las respuestas son fluidas, en las del complejo se suceden los bloqueos uno tras otro, los enfermos no dicen nada o se van por las ramas, a menudo de modo premeditado. Por ejemplo, en el caso de las enfermas que son desgraciadas en su

163. Klinke refiere una forma original de privación del pensamiento: «A través de los pasos de los enfermos que suben y bajan los pensamientos son "sustraídos" al paciente». *(Über das Symptom des Gedankenlauttuerdens).*

164. El fenómeno tampoco es extraño en los histéricos, como he observado. Janet los llama *éclipses mentales* [eclipses mentales]. («S. vient se plaindre d'éprouver souvent un singulier arrét de la pensée». «G. "perd ses idées"...» [«S. acaba de quejarse de que experimenta a menudo una singular interrupción del pensamiento». «G. "pierde sus ideas"»] (l.c., pp. 369 s.).

165. Las «teorías», como por ejemplo la de Rogues de Fursac, constatan meramente el estado de cosas. «Le terme qui conviendrait le mieux serait peut-étre celui d'interférence psychique. Les deux tendances opposées s'annullent, comme en physique des ondes de sens contraire» [El término más apropiado quizá sea interferencia psíquica. Las dos tendencias opuestas se anulan igual que en física dos ondas en sentido contrario]. (Citado según Claus, *Catatonie et stupeur. Cf.* también Mendel, *Leitfaden der Psychologie,* p. 55).

matrimonio, no se puede obtener ni con la mayor paciencia más datos sobre el marido, mientras que sobre todas las restantes cosas hablan solícitas y con el mayor detalle.

176 Otro fenómeno es el *pensamiento obsesivo:* al enfermo lo apremian ideas extravagantes o absurdas sobre las que necesariamente tiene que reflexionar y pensar. Tenemos una analogía en el pensamiento obsesivo psicógeno, cuyo absurdo generalmente es detectado por los enfermos, que a pesar de ello no logran reprimir esas ideas[166]. El influjo del pensamiento también se exterioriza bajo la forma de *inspiraciones.* El hecho de que se trata de un fenómeno que no se limita a la *dementia praecox* ya lo muestra la palabra «inspiración», la cual designa un suceso psíquico que siempre aparece donde existe un complejo autónomo. Se trata de irrupciones repentinas del complejo en la consciencia. Especialmente en las personas religiosas la «inspiración» no es un suceso extraño; los teólogos protestantes de observancia moderna incluso han inventado para esto el nombre de «experiencia íntima». La «inspiración» es algo cotidiano en los sonámbulos.

177 Finalmente existe una forma especial de bloqueo, la denominada *cautivación* (expresión de una de mis pacientes). Sommer describió este fenómeno como «fascinación óptica». Nos encontramos con la «cautivación» en el experimento de asociación también fuera de la *dementia praecox* y especialmente en estados de estupidez emocional. En determinadas circunstancias este estado puede ser creado por el experimento mismo o también por medio de un complejo que es excitado durante el experimento. Entonces los enfermos dejan de reaccionar (al menos durante cierto tiempo) a las palabras-estímulo y nombran simplemente objetos del entorno. He visto esto sobre todo en imbéciles, pero también en personas normales cuando están sometidas a un afecto fuerte y en los histéricos cuando se trata del complejo; asimismo en el caso de dementes tempranos.

178 *La «cautivación» es una desviación hacia el entorno para encubrir el vacío íntimo de asociaciones o el complejo que origina el vacío.* En principio es como cuando se interrumpe una conversación

166. Una analogía de esto es la *réuerie forcée* de Janet con sus *obsédés:* «L. sent bien qu'á de certain moments'toute sa vie se concentre dans sa tête, que le reste du corps est comme endormi et qu'elle est forcée de penser énormément sans pouvoir s'arréter. Sa mémoire devient extraordinaire et se développe démesurément sans qu'elle puisse la diriger par l'attention» [L. siente que en ciertos momentos toda su vida se concentra en su cabeza, que el resto del cuerpo está como dormido y que se ve forzada a pensar muchísimo sin poder parar. Su memoria se torna extraordinaria y se desarrolla desmesuradamente sin que ella pueda dirigirla con su atención] (l.c., p. 154). Cf. también el caso de los *Estudios diagnósticos de asociación,* VI.

desagradable y se comienza a hablar repentinamente de alguna banalidad distante. Algún objeto del entorno sirve como punto de partida para esto. Con esto tenemos suficientes puntos de apoyo para establecer paralelos entre la «cautivación» y los mecanismos normales.

179 En la *dementia praecox* todos estos trastornos aparecen regularmente en torno al complejo y pertenecen a las medidas defensivas. En este punto también tenemos que discutir el *negativismo.* El prototipo del negativismo es el *bloqueo,* que en ciertos casos causa fácilmente la impresión de un fracaso intencional (exactamente igual que el «no lo sé» de los histéricos). Por eso puede hablarse perfectamente de negativismo cuando los enfermos no contestan a ninguna pregunta. El negativismo pasivo fluye discretamente hacia el activo, por lo cual los enfermos también se defienden psíquicamente contra la exploración. Si exceptuamos los casos en los que el negativismo se ha transformado en una actitud defensiva general, en los enfermos todavía accesibles encontramos tanto el negativismo como el bloqueo en las zonas del complejo. Tan pronto como el experimento de asociación o la exploración del complejo tocan el complejo, esto es, el punto de la herida, el paciente fracasa y se retrae, igual que el histérico, que desplaza todo para ocultar el complejo. Sobre todo en el negativismo llama la atención la importante tendencia hacia la generalización que tienen los síntomas catatónicos. Mientras que la histeria sigue dejando abiertas ciertas líneas de entrada hacia el ánimo, a pesar de que existe un negativismo muy claro y que complica las cosas, el catatónico negativista se cierra completamente, de tal modo que en ese instante no existe ningún medio para entrar. En ocasiones, una única pregunta crítica puede despertar el negativismo. Una forma especial del negativismo es el *irse por las ramas,* que también conocemos de forma similar en el complejo de Ganser. Tanto aquí como allí se trata de un no querer ocuparse (más o menos inconsciente) de la pregunta, esto es, de algo parecido a la cautivación y a la privación del pensamiento. Esto tiene sus buenas razones en el complejo de Ganser, como probablemente han puesto de manifiesto los trabajos de Riklin y los míos: los enfermos quieren reprimir su complejo. Es probable que en la *dementia praecox* se trate de lo mismo. También encontramos en la histeria y regularmente en el psicoanálisis el irse por las ramas o el «eludir el tema» cuando se trata del complejo; lo mismo encontramos en los complejos de los dementes tempranos; sólo que aquí el síntoma (y todos los restantes síntomas catatónicos) muestra una gran tendencia hacia la generalización. *Los síntomas catatónicos de los órganos motores pueden considerarse sin dificultad consecuencias irradiadas de la generalización,* lo que probablemente sea válido

en la mayoría de los casos. Incluso se presentan síntomas catatónicos en los trastornos generales o localizados del cerebro, donde no es fácil pensar en un nexo psicológico. Pero aquí vemos también al menos la misma frecuencia de fenómenos histéricos cuya génesis psíquica es un hecho comprobado. De esto se puede extraer solamente la enseñanza de que nunca debemos olvidarnos de pensar en la posibilidad del camino «inverso».

180 La *alucinación* es la proyección sin más de elementos psíquicos hacia el exterior. Clínicamente conocemos todas las transiciones, desde la inspiración o la ocurrencia patológica hasta la alucinación auditiva o la visión plástica. Las alucinaciones son ubicuas. Por tanto, la *dementia praecox* produce solamente un mecanismo *preformado,* que normalmente suele funcionar en el *sueño.* Las alucinaciones de la histeria, como las del sueño, contienen fragmentos del complejo simbólicamente deformados. Este también es el caso de la mayoría de las alucinaciones en la *dementia praecox*[167], aunque aquí el simbolismo ha ido mucho más allá y está mucho más deformado por las ensoñaciones. Son extraordinariamente frecuentes las deformaciones lingüísticas según el modelo de las parafasias del sueño (véase Freud, Stransky y Kraepelin); en la mayoría de los casos se trata de *contaminaciones.* Un enfermo que estaba siendo presentado clínicamente reparó en un japonés en la primera fila del auditorio, entonces las voces le gritaron: «japonés pecador». Es curioso que no pocos enfermos, que construyen abundantes neologismos y singulares ideas demenciales, esto es, que se encuentran totalmente bajo el dominio del complejo, a menudo son corregidos por las voces. Así, por ejemplo, una de mis pacientes sufría burlas por sus ideas megalomaníacas, o las voces ordenaban a la paciente decirle al médico que se ocupaba de sus ideas demenciales que «no debe esforzarse tanto por estas cosas». A otro paciente que se encuentra aquí desde hace varios años y que habla siempre en un tono despreciativo sobre su familia, las voces lo convencen de que «echa de menos su patria». A partir de estos y otros numerosos ejemplos he obtenido la impresión de que acaso las voces que corrigen sean

167. Una muchacha fue seducida por otro hombre durante una larga ausencia de su novio. Le ocultó a su novio lo sucedido. Más de diez años después enfermó de *dementia praecox.* La enfermedad se manifestó cuando empezó a sentirse sexualmente espiada por otras personas y cuando escuchó voces que hablaban de su secreto y que finalmente la obligaban a que confesase ante su marido. Muchos enfermos dicen directamente que alguien les lee con detalle todo el «registro de pecados» o que las voces «lo saben todo» y que están «obsesionadas» con ellos. Por eso es extraordinariamente importante que la mayoría de los alucinados no está en condiciones de ofrecer una información aceptable sobre sus alucinaciones. Se trata precisamente de la *reproducción del complejo* que, como hemos visto, se encuentra bajo inhibiciones especiales.

irrupciones de los *restos normales del complejo del yo* que se hallan reprimidos. Que el complejo normal del yo es algo que nunca se extingue por completo, sino que simplemente es apartado de la reproducción por el complejo enfermo, me parece que también se debe a que con frecuencia los dementes tempranos comienzan repentinamente a reaccionar de modo medianamente normal durante las enfermedades corporales graves u otras modificaciones que se presenten[168].

181 Son muy habituales en los dementes tempranos los *trastornos del sueño,* que pueden manifestarse de muchas maneras posibles. Es frecuente que *los sueños tengan una enorme vivacidad,* a partir de lo cual puede entenderse que los enfermos a menudo no están en condiciones de corregirlos correctamente. Muchos enfermos llegan incluso a relacionar sus *ideas demenciales* casi exclusivamente con los sueños, a los que otorgan una validez real sin más[169]. Es conocido el papel que juegan los sueños vivaces en la histeria. Además de por la actividad onírica, el sueño también puede ser trastornado por las irrupciones del complejo, como alucinaciones, ocurrencias, etc., al igual que la hipnosis en cierta clase de histéricos. Los dementes tempranos se quejan a menudo de un *sueño no natural,* que ni siquiera es un verdadero sueño, sino meramente un *entumecimiento* artificial. Escuchamos siempre las mismas quejas cuando está presente un afecto fuerte, que no puede ser totalmente eliminado mediante la inhibición del sueño y que por eso lo acompaña como un bajo continuo (por ejemplo, la melancolía, afectos depresivos en la histeria). A menudo, los histéricos inteligentes sienten la «inquietud del complejo» en el sueño y logran precisarla con más detalle. Así, por ejemplo, una enferma de Janet dice: «Siempre hay dos o tres de mis personas que no duermen, sin embargo, tengo menos personas durante el sueño, pues hay algunas que duermen un poco. Estas personas tie-

168. Un demente temprano, que era totalmente inaccesible y que siempre saludaba a los médicos con los insultos más groseros, enfermó de una gastroenteritis grave. La irrupción de la enfermedad hizo que cambiara totalmente, se transformó en un paciente tolerante y agradecido, que se mostraba dispuesto a colaborar con todas las órdenes y que ofrecía siempre información amable y precisa. La convalecencia se anunció por el hecho de que volvió a transformarse en alguien seco y cerrado, y un buen día, para mostrar que ya había sanado completamente, me saludó como antes: «Ahí viene otra vez uno de la manada de los perros y los monos que quiere jugar a ser redentor».

169. Cf. de Sanctis, *Die Trüume,* y Kazowsky, Zwr *Frage nach dem Zusammenhange von Trdumen und Wahnvorstellungen.* Aquí tenemos a una enferma que tiene las ideas demenciales más diversas sobre el sexo. Las ideas demenciales provienen, como pudimos convencernos innumerables veces, de los sueños. La paciente simplemente presupone que los contenidos de sus sueños, muy vivaces y plásticos, son reales e insulta, protesta y se queja de acuerdo a ello, pero sólo por escrito. El resto de su trato es amable y ordenado y constituye un contraste llamativo frente al contenido de sus cartas y escritos.

nen sueños que no son los mismos: yo siento que hay varios que sueñan con otras cosas»[170]. A mi entender, la enferma expresa bastante bien el sentimiento de los complejos autónomos incesantemente activos que no se someten a la inhibición del sueño que parte del complejo del yo.

D. *La estereotipia*

182 Por estereotipia en el sentido más amplio entendemos la retención y la reproducción continua de una cierta actividad (verbigeración, catalepsia, frases interrumpidas, perseveración, etc.). Estos fenómenos pertenecen a los síntomas más característicos de la *dementia praecox.* Pero al mismo tiempo la estereotipiación bajo la forma de *automatización es uno de los fenómenos más habituales en el desarrollo de la psique normal* (Spencer). Todas nuestras capacidades y el progreso de nuestra personalidad descansan sobre automatizaciones. El proceso que conduce a ello es el siguiente: para desempeñar cierta actividad dirigimos toda la atención a las representaciones correspondientes y mediante esta fuerte afectividad grabamos en el recuerdo las fases del proceso. La consecuencia de la repetición continuada es que surge un camino que se va volviendo gradualmente más «liso», sobre el que finalmente la actividad avanza casi sin nuestra intervención, es decir, «automáticamente». Sólo se necesita un leve impulso para poner el mecanismo en movimiento. Lo mismo puede suceder pasivamente en nosotros por medio de los afectos fuertes: podemos ser obligados a realizar ciertas acciones por los afectos, al principio con grandes inhibiciones; más tarde, mediante la repetición continuada del afecto, las inhibiciones se vuelven cada vez menores *y* finalmente la reacción se produce en el acto con un leve impulso. Esto se puede observar sobre todo en las travesuras de los niños.

183 El tono afectivo fuerte allana el camino, con lo que volvemos a expresar lo mismo que dijimos del complejo: cada complejo tiene tendencia a la autonomía *y* a vivirse a sí mismo de modo independiente; el complejo tiene una tendencia mayor hacia la persistencia y la reproducción que los pensamientos indiferentes; por eso tiene mayores posibilidades de automatizarse. Por tanto, cuando algo se automatiza en el alma siempre debe postularse un tono afecti-

170. L.c., p. 407. [«Il y a toujours deux ou trois de mes personnes qui ne dorment pas, cependant j'ai moins de personnes pendant le sommeil, il y en a quelques-unes qui dorment un peu. Ces personnes ont des rêves et des rêves qui ne sont pas les mémes: je sens qu'il y en a plusieurs qui révent á d'autres choses.»]

vo[171] como antecedente. Esto se ve con más claridad en la histeria, donde podemos atribuir todas las estereotipias, como convulsiones, ausencias, quejas y síntomas a sustratos afectivos. En el experimento de asociación normal encontramos generalmente la perseveración en las zonas del complejo[172].

184 Si existe un complejo muy fuerte, el progreso ajustado al entorno se ve interrumpido y la asociación gira completamente alrededor del complejo. A grandes rasgos es como en la histeria, donde encontramos los mayores complejos. Se detiene el progreso de la personalidad, y gran parte de la actividad psíquica se agota en modificar el complejo en todas sus formas posibles (acciones sintomáticas). No en vano Janet llama la atención sobre los trastornos generales del *obsédé,* de los cuales menciono los siguientes: «La indolencia, la falta de resolución, los retrasos, la fatiga, lo inacabado, la abulia y la inhibición», etc.[173]. Si un complejo logra fijarse, ya se encuentra dada la *monotonía,* especialmente la monotonía de los síntomas exteriores. ¿Quién no conoce los estereotipos y las fastidiosas quejas de los histéricos?, ¿la terquedad y el carácter insuperable de sus síntomas? Así como un dolor constante hace resonar siempre la misma queja monótona, del mismo modo un complejo fijado estereotipa gradualmente toda la forma de expresión del individuo, hasta que finalmente sabemos exactamente que ante determinada pregunta obtendremos con certeza matemática, y día tras día, la misma respuesta.

171. Bajo el concepto colectivo de «tono afectivo» se encuentra, como ya se dijo más arriba, el de tono de atención.

172. Eventualmente persevera el contenido del complejo. Pero en la mayoría de los casos existe solamente un trastorno de la perseveración, que quizá pueda reducirse al hecho de que el complejo deja tras de sí un vacío asociativo por la distracción; es similar a lo que sucede en el experimento de la distracción, donde a causa del vacío asociativo se recurre por dejadez al contenido anterior de la consciencia. Si, como hace Heilbronner, se plantean preguntas más complejas, *la emoción resultante* podría desempeñar la misma función que un complejo; o el vacío asociativo es *primario* en la medida en que a los conceptos-estímulo no les corresponden asociaciones corrientes. En las personas normales persevera por lo general un complejo.

173. L.c., pp. 335 ss. [«L'indolence, l'irrésolution, les retards, la fatigue, l'inachévement, l'aboulie et l'inhibition»]; en la p. 351 Janet escribe: «Ce fait de l'arrét plus ou moins complet de certains actes ou méme de tous les actes est l'un des phénoménes les plus essentiels de l'état mental de l'obsédé» [Se trata de la interrupción más o menos completa de ciertos actos o incluso de todos los actos, y es uno de los fenómenos más esenciales del estado mental del obsesivo]; p. 105: «Ces opérations forcées ne sont pas des opérations normales, ce sont des opérations de pensée, d'acte, d'émotion, qui sont á la fois *excessives, stériles et d'ordre inférieur»* [Estas operaciones forzadas no son operaciones normales, son operaciones del pensamiento, de la acción, de la emoción, que a la vez son *excesivas, estériles y de orden inferior].*

185 En estos procesos se encuentran en parte los modelos normales para la estereotipia de la *dementia praecox.* Cuando examinamos los estereotipos lingüísticos o mímicos en sus comienzos, con frecuencia encontramos el contenido afectivo correspondiente[174]. Más tarde el contenido se vuelve cada vez más confuso, igual que en el automatismo normal o histérico. El proceso correspondiente parece suceder de manera más rápida y radical en los dementes tempranos, de tal modo que se llega en breve tiempo a la ausencia de contenido y afectos.

186 Como enseña concluyentemente la experiencia, en el demente temprano no se estereotipa solamente el contenido del complejo sino también el material azaroso. Son conocidos los enfermos verbigerantes, que toman una palabra pronunciada al azar y la proclaman a modo de verbigeración. Heilbronner, Stransky y otros interpretan con razón este tipo de fenómenos como síntomas de vacío asociativo. Naturalmente también pueden interpretarse de este modo las estereotipias de la movilidad. Sabemos que los dementes tempranos padecen con extraordinaria frecuencia bloqueos asociativos («privación del pensamiento»). Esta desaparición de los pensamientos se encuentra preferentemente en torno al complejo. Ahora bien, si el complejo desempeña el intenso papel que se le confiere, también es esperable que absorba frecuentemente demasiados pensamientos y que por eso distorsione la *fonction du réel* el complejo crea vacío asociativo en los terrenos librados a su acción y con ello configura todos aquellos fenómenos de perseverancia que se pueden explicar a partir del «vacío».

174. Pfister *(Über Verbigeration)* formula la pregunta de si las estereotipias, especialmente las verbigeraciones, están motivadas psicológicamente o no. Pero deja la cuestión abierta. Pfister, al igual que nosotros, parece defender la opinión de que en la base existe un contenido representacional de la estereotipia, pero que se exterioriza de modo tergiversado a causa del trastorno patológico del medio expresivo. («Es posible que las estereotipias *represetitacionales* tengan avidez por exteriorizarse, pero que en su lugar solamente se reproduzcan reiteradamente giros absurdos y neologismos, y esto debido a que los procesos de caída y excitación que existen simultáneamente en el aparato lingüístico central hacen imposible su aparición reconocible, en la medida en que en lugar de los pensamientos estereotípicos se exteriorizan sólo rudimentos incomprensibles de los mismos» [como consecuencia de malformaciones paralógico-parafásicas].) La caída lingüística también podría socavar de otra manera la aparición de estereotipias representacionales verdaderas, a saber, por el hecho de que ya no puedan estimularse construcciones lingüísticas equivalentes por las ideas que retornan monótonamente (debido al trastorno reproductor de la representación y de los pensamientos en la palabra y la frase hecha). En la transformación del pensamiento en expresión lingüística suceden continuamente los más diversos descarrilamientos paralógicos; las representaciones se confunden, cambian en todas sus facetas, de tal modo que en lugar de las estereotipias del pensamiento que permanecían totalmente ocultas se produce solamente un galimatías constantemente cambiante.

187 Una peculiaridad de la mayoría de los automatismos adquiridos ontogenéticamente es que están sometidos a modificaciones graduales. Las historias clínicas de los tics (véase Beige y Feindel, *Les Tics)* aportan pruebas de ello. Los automatismos catatónicos no son una excepción, también se modifican lentamente; el proceso de transformación dura con frecuencia muchos años. Los siguientes ejemplos muestran esto que digo:

188 Una catatónica estuvo cantando durante horas de modo verbigerante una canción religiosa con el estribillo: «¡Aleluya!». Luego empezó a verbigerar «Aleluya» durante muchas horas, lo que gradualmente degeneró en «alo» y «oja», y finalmente verbigeró «ja — ja — ja» con carcajadas desesperadas.

189 En el año 1900 un enfermo se peinaba todos los días durante varias horas de manera estereotípica para retirar la «escayola» que «le había sido untada en el pelo» durante la noche. En los años subsiguientes el peine se alejó cada vez más de la cabeza; en 1903 el paciente se pegaba y raspaba el pecho con el peine, y hoy ha llegado con los peines a la zona inguinal.

190 De modo similar «degeneran» las *voces*[175] y las *ideas demenciales.* De la misma manera surge la «ensalada de palabras»: las frases originariamente sencillas se complican cada vez más con los neologismos, se verbigeran constantemente en voz alta o en silencio y se van desdibujando gradualmente hasta que al final surge un galimatías incomprensible que probablemente suene parecido al estúpido parloteo de las voces del que se quejan muchos dementes tempranos.

191 Una paciente sometida a mi observación, durante la convalecencia de un ataque agudo de *dementia praecox,* empezó a narrar en voz baja para sí misma cómo prepararía su maleta, cómo la transportaría desde su sección hasta el portal del establecimiento, luego se dirigiría a la calle y a la estación, cómo subiría al tren, llegaría a su casa y celebraría la boda, etc. Esta narración se tornaba cada vez más estereotípica, cada una de las etapas se mezclaba con las otras de manera crecientemente desordenada, las frases se volvían incompletas, algunas se resumían en una única palabra-clave, y ahora, después de más de un año, la paciente apenas pronuncia una palabra-clave, todas las restantes palabras las ha sustituido por «hm — hm — hm», pronunciadas de manera estereotípica en el mismo tono y ritmo con que enunciaba antes su narración. Pero en los tiempos de excitación vuelven a surgir las frases anteriores. También sabemos que en el caso de las alucinaciones las voces se vuel-

175. Cf. especialmente Schreber (l.c.). Schreber describe de manera especialmente bella cómo se va acortando gramaticalmente el contenido de las voces.

ven con el tiempo más vacías y silenciosas; pero apenas surge la excitación, vuelven a recobrar su contenido y claridad.

192 Estas modificaciones graduales y lentas también se encuentran muy claramente en las ideas obsesivas[176]. También Janet habla de las transformaciones graduales de los procesos obsesivos[177].

193 Ahora bien, existen estereotipias, o mejor dicho, *automatismos* estereotípicos, que no permiten reconocer de antemano ningún contenido psíquico o al menos ningún contenido a partir del cual se los pudiera comprender simbólicamente. Estoy pensando aquí sobre todo en las manifestaciones casi exclusivamente «musculares» del automatismo, como la catalepsia o ciertas formas de resistencias musculares negativas. Como ya han puesto de manifiesto muchos investigadores, también encontramos exquisitos síntomas catatónicos en los trastornos orgánicos, como la parálisis, el tumor cerebral, etc. La fisiología cerebral, sobre todo los célebres experimentos de Goltz, enseñan que la *extirpación del cerebro* en los vertebrados desencadena un estado de automatismo *par excellence.* Los experimentos de Forel con hormigas (destrucción de los *corpora quadrigemina')* muestran que el automatismo aparece cuando se extirpa la aglomeración más grande (¿y más diferenciada?) de tejido cerebral. El animal descerebrado se vuelve una «máquina refleja», permanece sentado o acostado en una cierta posición ventajosa hasta que es apremiado por estímulos externos a una acción refleja. Es ciertamente una analogía un poco audaz el comparar ciertos casos de catatonía con estas «máquinas reflejas», aunque sea algo que se nos imponga formalmente. Pero si vamos a lo profundo y consideramos que en esta enfermedad un complejo se ha apropiado de casi todas las zonas de asociación y que se mantiene firme en su empeño, que este complejo es absolutamente intocable mediante estímulos psicológicos y que por eso está escindido de todas las influencias externas, entonces la analogía precedente parece cobrar un mayor significado. El complejo toma para sí, de acuerdo con su intensidad, la mayor parte de la actividad cerebral, de tal modo

176. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.

177. *Les Obsessions* I, p. 125. Una enferma por ejemplo decía: «Autrefois je recherchais mes souvenirs pour savoir si je devais me reprocher quelque chose, pour me rassurer sur ma conduite, mais maintenant ce n'est plus du tout la méme chose. Je me raconte tout le temps ce que j'ai fait il y a huit jours, il y a quinze jours, j'en arrive á voir les choses exactement et je n'ai aucun intérét á les revoir...» [Antes buscaba en mis recuerdos para saber si tenía algo que reprocharme, para asegurarme de mi conducta, pero ahora no es lo mismo en absoluto. Me relato todo el tiempo lo que hice hace ocho horas, hace quince horas, llego a ver las cosas con exactitud pero no tengo ningún interés en rememorarlas]. En este ejemplo es llamativo el *alejamiento del verdadero contenido.*

que al menos una gran parte de los estímulos hacia otros terrenos se suprime. Por eso no es difícil hacerse a la idea de que mediante la supremacía y la rigidez de un complejo se crea un estado cerebral que funcionalmente es equiparable a una destrucción más o menos amplia del cerebro. Si bien esta hipótesis no puede demostrarse fehacientemente, podría sin embargo explicar varias cuestiones a las que no llega el análisis psicológico.

Resumen

194 *La histeria contiene en su esencia más íntima un complejo que nunca se ha podido superar-,* la psique se ha quedado en cierto modo detenida en la medida en que no ha logrado liberarse de él. La mayor parte de las asociaciones se producen en la dirección del complejo, y la actividad psíquica consiste principalmente en que el complejo es elaborado en todas las direcciones posibles. Por eso, cuando el proceso es crónico, el individuo se ve cada vez más alejado de una adaptación al entorno. Las ilusiones y los delirios de los histéricos se ocupan exclusivamente de la satisfacción del deseo del complejo. Muchos histéricos logran retornar al equilibrio después de algún tiempo y a través de la superación del complejo y la prevención de nuevos traumas.

195 *En la* dementia praecox *también encontramos uno o varios complejos que se han fijado de forma duradera.* También aquí tenemos complejos que no pudieron ser superados. Mientras que en la histeria es evidente que existe una relación de causalidad entre el complejo y la enfermedad (¡suponiendo la predisposición!), en la *dementia praecox* no está nada claro si el complejo, suponiendo una predisposición, ha causado o desencadenado la enfermedad, o si en el momento en que estalla la enfermedad ya existía un complejo que determinó posteriormente los síntomas. Cuanto más detallado y minucioso es el análisis, tanto más comprobamos que en numerosos casos *existe un afecto fuerte en el comienzo de la enfermedad* desde el cual se desarrollan los desajustes iniciales. En estos casos uno se ve tentado de otorgar al complejo un significado causal, aunque siempre con la reserva ya mencionada de que el complejo, junto a sus efectos psicológicos, también genera una X (¿toxina?) que también participa en la labor destructora. Pero también tengo plenamente en cuenta la posibilidad de que la X pueda surgir primeramente a partir de causas u orígenes no psicológicos y que luego se apropie del último complejo subsistente y lo transforme específicamente, con lo cual puede dar la impresión de que ha sido el complejo el que ha tenido un efecto causal. Sea como sea, las consecuen-

cias psicológicas siguen siendo las mismas: *la psique ya no se libera nunca más del complejo.* La mejora aparece con el vaciamiento del complejo, pero con esto también se pierde una buena parte de la personalidad, de tal modo que en el mejor de los casos el demente temprano se libera con una mutilación psíquica. El alejamiento de los dementes tempranos respecto de la realidad y la falta de participación en el acaecer objetivo no son difíciles de explicar si se asume que viven constantemente dentro del hechizo de un complejo no superado. La persona cuyo interés está cautivo por un complejo debe morir para el entorno. Con ello cesa la *fonction du réel* normal de Janet. Quien tenga un complejo fuerte sigue pensando dentro del complejo, sueña con los ojos abiertos y ya no se ajusta psicológicamente al entorno. Lo que Janet dice de la *fonction du réel* en los histéricos también es válido en cierto modo para la *dementia praecox:* «El enfermo construye en su imaginación pequeñas historias muy coherentes y lógicas; es al tratarse de la realidad cuando no es capaz de prestar atención ni de comprender»[178].

196 Lo más difícil en estos problemas ciertamente nada sencillos es la X hipotética, la toxina del metabolismo (¿?) y sus efectos sobre la psique. Es tremendamente dificultoso caracterizar de alguna manera estos efectos desde el aspecto psicológico. Si me es lícito aventurar una suposición, me parece que el efecto aparece del modo más claro en la enorme tendencia a la automatización y la fijación, en otras palabras: en la durabilidad de los efectos del complejo. Según esto, la toxina (¿?) debería pensarse como un cuerpo altamente evolucionado que se fija siempre a los procesos psíquicos, especialmente a los afectivos, para fortalecerlos y automatizarlos. Finalmente, hay que tener en cuenta que el complejo absorbe la actividad cerebral a gran escala, con lo cual tiene lugar algo así como una descerebración. La consecuencia de esto podría ser el surgimiento de esas formas de automatismo que se desarrollan principalmente en el sistema motor.

197 Este cuadro más programático que exhaustivo sobre los paralelos entre la histeria y la *dementia praecox* probablemente les suene hipotético a algunos lectores no habituados a la visión freudiana de las cosas. No es mi intención en este caso ofrecer algo concluyente sino más bien preliminar, algo que debe apoyar y facilitar las explicaciones de las siguientes investigaciones experimentales.

178. *Les Obsessions* I, p. 433. [«Le malade construit dans son imagination des petites histoires très cohérentes et très logiques: c'est quand il s'agit de la réalité qu'il n'est plus capable de faire attention ni de comprendre.»]

5. ANÁLISIS DE UN CASO DE DEMENCIA PARANOIDE COMO PARADIGMA

A. *Historia clínica*

198 Paciente B. St., costurera, soltera, nacida en 1845.

En 1887 la paciente fue ingresada aquí y desde entonces siempre ha permanecido en la institución. Padece una grave tara hereditaria. Antes de su ingreso había escuchado durante años *voces* que la difamaban. Durante un periodo tuvo la intención de suicidarse ahogándose. Vinculaba las voces con teléfonos invisibles. Le gritaban que era una mujerzuela desvergonzada, que se había encontrado a su hijo en el retrete, que había robado unas tijeras para vaciar con ellas los ojos de un niño. (¡Después de la anamnesia la paciente llevó una vida totalmente respetable y retirada!) La paciente utilizaba de vez en cuando expresiones originales, además de utilizar un estilo algo pretencioso. Sus cartas de entonces dan una idea de esto:

199 5 de julio de 1887

Señor director:

Con estas líneas vuelvo a solicitarle encarecidamente que me dé el alta. Mi cabeza está *más clara* que nunca, como ya le comenté en la última carta. Lo que tengo que padecer en secreto a causa de novedades en todos los ámbitos es algo que lamentablemente conozco sólo yo y es tan aplastante para mi salud como para mi ánimo. Lamentablemente se ha avanzado tanto en la tortura de las pobres víctimas hasta la muerte por medio de brutalidades secretas que sufro más de lo que usted puede imaginar, y de este modo veo que mi fin se acerca, lo que me deja extremadamente triste. Espero que actúe desde su posición de médico y que no sea necesaria otra reflexión.

Atentamente, etc.

16 de agosto de 1887

Estimado señor:

Lamentablemente me es imposible hacerle comprender las tristes condiciones que se han presentado; por eso simplemente vuelvo a llamarle la atención sobre mi alta, en la medida en que solamente yo sufro por las novedades, y si pudiera convencerlo de eso seguramente me habría dado inmediatamente el alta, pues sufro de eso

desde el comienzo mismo, desde que estoy aquí, y mi salud está en las últimas; deseo un alta inmediata. Lo mejor es que salga inmediatamente de Zúrich hacia otro aire, donde los horrores no estén presentes, etcétera.

200 La paciente produce intensamente ideas demenciales: posee un patrimonio de millones, por la noche la cama se llena de agujas. En 1888 el lenguaje se descompone cada vez más y las ideas demenciales se vuelven ininteligibles: tiene por ejemplo el «monopolio», hace gestos curiosos con las manos, un «Rubinstein de San Petersburgo» manda coches cargados de dinero. 1889. Durante la noche se le arranca la médula espinal. Padece «dolores de espalda a causa de sustancias que atraviesan los muros y que están cargadas de magnetismo». El «monopolio» comprueba los padecimientos que no están en el cuerpo y que no revolotean por el aire. Se hacen «mudanzas» por medio de la «inspiración de la química», etc. Se acaba con legiones mediante la «muerte por asfixia». «Estación tras estación su condición estatal debe mantenerse de tal modo que no puedan elegirse preguntas existenciales de la sección para esconderse tras ellas, todas las cosas se pueden elegir».

201 1890-1891. Las ideas demenciales se vuelven más absurdas. La expresión «monopolio de las notas» juega un papel importante pero incomprensible. En 1892 la paciente se transforma en «reina de los huérfanos», «propietaria del hospital Burghólzli», «Nápoles y yo debemos abastecer al mundo de tallarines». 1894. En cada visita anhelos estereotipados del alta, pero expuestos sin *afecto.* 1895. La paciente se siente paralizada y afirma padecer tuberculosis. Es propietaria de una «fábrica de billetes de siete plantas con ventanas más negras que cuervos, esto significa parálisis y pasar hambre». 1896. La paciente es «Germania y Helvecia exclusivamente de mantequilla dulce, pero ahora ya no tengo tanto contenido graso, cuando una mosca regresa — hm — hm — esto es hambre — hm — hm». (El «hm» es una intervención característica de la estereotipia que todavía aparece.) «Soy el arca de Noé, el bote salvavidas y el respeto», «María Estuardo, la emperatriz Alejandro». 1897. Cuenta que el doctor D. hace poco salió de su boca, «el pequeño D... illo, el hijo del emperador Barbarrosa». 1899. Durante la noche es torturada por varios cientos de miles de víboras, etcétera.

202 Estas notas de la historia clínica hacen que no sea difícil reconocer el tipo de caso. Actualmente la paciente es, como siempre, una trabajadora aplicada, que mientras trabaja gesticula algo de vez en cuando, susurra y en la visita médica formula sus preguntas estereotípicas en un tono carente de afecto: «¿No ha escuchado nada

más de las notas? Desde hace ya tiempo he comprobado el monopolio, soy propietaria del mundo por partida triple», etc. Si no está hablando de sus ideas demenciales, la conducta y el modo de expresión parecen totalmente ordenados, aunque se puede reconocer cierta afectación, como por otra parte suelen mostrar las mujeres mayores y solteras que, a través de la mayor perfección posible, se crean un equivalente de la sexualidad insatisfecha. Por supuesto que no comprende la enfermedad, pero encuentra hasta cierto grado comprensible que no se entiendan sus ideas demenciales. No está presente la imbecilidad. El lenguaje solamente se modifica en el terreno de las ideas demenciales, en los restantes casos la paciente habla con normalidad, se refiere a lecturas y define los conceptos de modo claro siempre que éstos no exciten el complejo. En los experimentos y los análisis la paciente muestra buena voluntad y hace visiblemente un gran esfuerzo por hacerse lo más comprensible posible ante mí. Este comportamiento se basa sobre todo en que la investigación también es excitadora del complejo, porque la paciente siempre anima a la conversación, ya que tiene la esperanza de convencernos finalmente y llegar así a la meta de sus deseos. La paciente siempre está tranquila y se comporta exteriormente de modo no llamativo. Durante el trabajo susurra para sí sus «palabras poderosas», esto es, frases o fragmentos de frases estereotípicos de un contenido totalmente extravagante, como por ejemplo: «Anoche estaba sentada en el tren nocturno hacia Niza, tenía que atravesar un arco de triunfo —ya hemos comprobado todo esto como triple propietaria del mundo—, también somos el lila neurótico del milagroso mar», etc. Los fragmentos de este tipo aparecen constantemente, pero todos son estereotipos y siempre se reproducen de la misma forma. Las estereotipias motoras aparecen muy poco. Un estereotipo es por ejemplo el extender repentinamente los brazos, como si la paciente deseara abrazar a alguien.

B. *Asociaciones simples de palabras*

203 Desde hace dos años y en diferentes ocasiones * he registrado asociaciones simples de palabras de la paciente (que se corresponden con lo expuesto en los *Estudios diagnósticos de asociación).* He aquí algunas pruebas:

* A partir de ello podría explicarse la irregularidad en la numeración de las reacciones (R). En esta interpretación difiere la edición alemana de la angloamericana.

Palabra-estímulo [PE]		Reacción [R]	Tiempo de reacción en segundos
1. alumno	2x*	ahora puede escribir Sócrates	12,4
2. padre		sí, madre	7,6
3. mesa	IX	sofá	3,8
4. cabeza	IX	sí, irreemplazable	14,8
5. tinta	lx	agua de nuez	9,0
6. aguja	lx	hilo	11,4
7. pan	lx	mantequilla	3,4
8. lámpara	lx	electricidad, petróleo	6,4
9. árbol	lx	fruta	6,0
10. montaña	lx	valles	9,4
11. pelo	2x	sombrero	6,2

204 Entre estas asociaciones hay algunas que suenan verdaderamente incomprensibles. R1 alumno — Sócrates es una reacción ciertamente llamativa para una costurera, parece muy rebuscada y por eso se puede adivinar sin más la constelación del complejo: la tendencia a un discurso y un comportamiento selectos. Lo mismo se aplica a R8 lámpara — electricidad. R4 cabeza — sí, irreemplazable es incomprensible si no se sabe que «irreemplazable» es una de las palabras *estereotípicas* preferidas de la paciente. La R5 tinta — agua de nuez se aclara después de que preguntamos: el agua de nuez es *marrón oscura,* la tinta es negra. Pero, ¿cómo llega la paciente precisamente a «agua de nuez»? Es nuevamente una constelación del complejo, como «Sócrates»; el agua de nuez es algo que le gustaría poseer. Además de estas particularidades, llaman la atención las numerosas repeticiones de la palabra-estímulo, los tiempos de reacción inusualmente extensos y el frecuente comienzo de la reacción con «sí». Como es sabido, concebimos estos signos como *síntomas de la constelación del complejo, esto es, de la intervención de una representación afectiva fuerte.* Ahora bien, siempre hay que tener presente que aquí se trata de una demente temprana, que expone sus ideas demenciales (que según nuestra concepción no son más que expresiones del complejo) con una *falta de afecto intencional.* Si se tratara de una verdadera falta de afecto, sería absurdo a primera vista que justamente allí donde siempre se tiene la impresión de que existe un déficit sentimental aparecieran los signos de un tono afectivo vivo. A partir de numerosas investigaciones con sanos e histéricos sabemos que en el experimento estos signos siempre significan

* Número de repeticiones de anteriores palabras-estímulo por parte de la paciente.

la aparición de un complejo; por eso en la *dementia praecox* seguimos manteniendo esta visión de las cosas. La consecuencia de esta suposición es que, por así decirlo, *la mayoría de las reacciones que aparecen más arriba tienen que ser parte de la constelación de un complejo.* Ya hemos comprobado que éste es el caso en Rl. R2 padre — sí, madre está caracterizada por el «sí»[179], que alude a un afecto; como veremos más tarde, los *padres* juegan cierto papel en las ideas demenciales de la paciente. R3 mesa — sofá parece ser objetivo, y por eso tiene un tiempo de reacción menor. Por el contrario, R4 cabeza — sí, irremplazable, vuelve a tener un tiempo de reacción muy largo. La paciente relacionó «cabeza» consigo misma y por eso le dio a esta parte del cuerpo el predicado de «irremplazable», que por lo general utiliza con su persona y habitualmente en la forma estereotípica: «Soy doblepolitécnicamente irremplazable». R5 tinta — agua de nuez es una constelación del complejo traída desde muy lejos y con muchas mediaciones. La paciente solicita, entre otras muchas cosas, también agua de nuez. R6 aguja — hilo excita su complejo profesional, pues ella es costurera. R7 pan — mantequilla es objetivo. R8 lámpara — electricidad, petróleo, también pertenece a sus desiderata. R9 árbol — fruta también, ya que a menudo se queja de que recibe poca fruta. Ocasionalmente sueña también con un regalo consistente en abundantes frutas. RIO montaña — valles; la «montaña» juega un papel importante en sus ideas demenciales; lo expresa de manera estereotípica del siguiente modo: «He logrado la cima más alta, Finsteraarhorn» etc. Rl 1 pelo — sombrero podría también contener una relación consigo misma, aunque no está probada fehacientemente.

205 Por consiguiente, vemos que la mayoría de las asociaciones expuestas forman parte de la constelación del complejo a partir del cual se comprende sin más los signos externos del tono afectivo. Pero lo que no se entiende a primera vista es el *número extraordinariamente alto de constelaciones del complejo.* Observamos este carácter masivo en normales e histéricos solamente cuando el complejo *tiene un tono excepcionalmente fuerte*, esto es, *cuando existe un afecto totalmente fresco.* Pero no es éste el caso de nuestra paciente: ella se encuentra totalmente serena, *solamente manifiesta las consecuencias del influjo afectivo en las asociaciones, la acentuación unilateral del complejo sin la correspondiente perturbación afectiva.* A partir de esto recibimos la impresión clínica de «ausencia de afecto». Todavía tenemos capas del afecto, pero el contenido

179. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* III, p. 184, donde constatamos que el «sí» de un epiléptico era una expresión afectiva.

se ha ido. Pero quizá se dé el caso de que la paciente haya *desplazado* el afecto, que estas capas sean meramente los desgastados medios de expresión de un complejo reprimido que tiene un contenido razonable y comprensible, pero que ya no es reproducible y ha enterrado consigo al afecto. Queremos recalcar aquí esta posibilidad, sobre la que hablaremos más adelante.

12. madera	lx	almohadón	10,2
13.sueño	lx	realidad	3,8
14.cuaderno	lx	carpeta	14,4
15. papel	lx	papel timbrado	5,0
16. libro	lx	libros	6,8
17. lápiz	lx	plumas	7,6
18. cantar	lx	cantante	5,0
19. anillo	lx	lazo, alianza o esponsales	16,4
20. diente	lx	dentadura, dientes	14,8

206 R12 madera — almohadón, se refiere a su queja de que en la institución solamente existen bancos duros, para instalarse en condiciones desea muebles con almohadones. («Yo constato muebles con almohadones».) R13 sueño — realidad: la mayoría de sus ideas demenciales parten de *sueños-,* frente a las objeciones siempre recalca enérgicamente la realidad de los objetos de sus deseos. R15 papel — papel timbrado tiene que ver con la idea demencial de que existe un diploma estatal sobre su grandiosa tarea. R16 libro — libros pertenece a su estereotipo: «He visto el libro a una altura descomunalmente alta, por encima de las instalaciones del ayuntamiento», etc. El estereotipo se refiere igualmente a su actividad inusual, como veremos más abajo. Las variadas reacciones en R19 anillo — lazo, alianza o esponsales, revelan un tono afectivo especialmente fuerte. Queda claro aquí el complejo erótico. Pero en otras facetas también juega un papel importante en la paciente. R20 diente — dentadura, dientes pertenece a sus deseos. Desearía renovar su dentadura ya defectuosa.

21. ventana	lx	puertas, resorte o ventilación	10,6
22. rana	lx	desea ardientemente la parálisis	18,2
23. flor	lx	camelia	24,8
24. cereza	lx	pera	9,8
25. institución	lx	causa	12,8
26. enfermero	lx	incluido	8,0

27. piano	1X piano	4,8
28. estufa	1 x rasgos de interés	8,4

207 PE 21 ventana tiene múltiples significados en sus ideas demenciales; uno de los principales es el que sugiere con «ventilación», ya que es atormentada por olores fecales que espera poder combatir mediante una mejor ventilación. La reacción totalmente particular ante la PE 22 rana es explicada por la paciente de la siguiente manera: «Uno está así cuando observa cómo salta una rana. Siempre tengo una especie de parálisis en las piernas». «Tengo una parálisis» o «esto es una parálisis» son estereotipias cuya función es aludir a un sentimiento de parálisis en las piernas. Se comprueba cómo la paciente trae desde extraordinariamente lejos las asimilaciones de su complejo. En la PE 23 flor la reacción «camelia» suena nuevamente muy rebuscada; pero la camelia forma parte de los ornamentos que se imagina para ella. PE 24 cereza pertenece al complejo de la fruta. La curiosa PE 25 institución — causa la explica la paciente del siguiente modo: «Los privados causan este tipo de instituciones. Yo he comprobado esta institución como propietaria del mundo *y* no lo he causado, a pesar de que en mi ingreso alguien haya gritado eso». Cuando la paciente ingresó aquí las voces gritaban que ella era culpable de que existiera esta institución; ella lo niega, pero desde su ingreso tiene la idea demencial de que la institución le pertenece, al igual que, por otra parte, como «propietaria del mundo», «comprueba» que todos los edificios grandes le pertenecen. R26 enfermero — incluido es, como da a entender la reacción, una perseveración del complejo anterior. La R28 estufa — rasgos de interés la explica la paciente así: «Nosotros somos las estufas para el Estado, soy la transmisora de rasgos de interés». La última frase es estereotípica; su significado lo veremos más abajo. Las reacciones como institución — causa y estufa — rasgos de interés son absolutamente típicas de la *dementia praecox* y no se encuentran en ninguna otra anormalidad psíquica.

29. pasear	1 x esto significa para mí una alegría extraordinaria, el poder salir afuera

La paciente puede salir una vez a la semana.

39. cocinar	lx	freír	6,8
40.agua	lx	limonada	5,0
41. bailar	lx	Prim, soy el señor Prim	10,0

Aquí se dispara de nuevo una idea demencial. La paciente explica: «El señor Prim es el primer maestro de baile de Zúrich». El nombre y la personalidad me resultan desconocidos; es posible que se trate de un producto demencial.

42. gato	1 x difamación	21,8

Esta constelación del complejo que viene desde muy atrás la explica la paciente como sigue: «En una ocasión fui difamada por alguien porque siempre llevaba los gatos en brazos». No queda claro si la difamación partía de voces o de personas. El llevar gatos es muchas veces una acción sintomática de complejos eróticos. (¡Niño!)

43. corazón	lx entendimiento	11,2
44. nadar	1 x en una ocasión casi me ahogué, ahogarse	

Un recuerdo del complejo que viene del comienzo de la enfermedad, cuando existían muchos pensamientos suicidas.

43. emperador	emperatriz	3,0
44. luna	sol	2,8

«Soy la emperatriz Alejandro» es uno de sus estereotipos.

47. golpear	1 x es siempre muestra de brutalidad	15,8

Se refiere a ataques esporádicos por parte de otras pacientes.

48. estrella	lx ¿puede decirse: el sol, la luna y todas las estrellas fijas?	

El complejo que hace su constelación aquí es una idea demencial que se expresa en forma estereotípica: «Soy Forel y la estrella de Forel».

49. acariciar	1 x una palabra que no es fácil de escribir: acariciar	

Aquí vuelve a configurar una constelación el complejo erótico, como probablemente también en la asociación anterior. Ambas reacciones se producen con vacilación, con introducciones que indican un sentimiento de inseguridad, esto es, un *sentiment d'incomplétude*

que probablemente surja porque se excita un fuerte complejo inconsciente, por lo que la representación consciente pierde claridad e integridad.

50. grandioso lx fastidio 6,6

¡Nuevamente una constelación del complejo que viene de lejos! La paciente explica: «Ante situaciones desagradables se dice: ¡esto es grandioso!». La paciente experimenta como particularmente fastidioso que se le siga escatimando de «manera grandiosa» el descomunal patrimonio que ha «comprobado» desde hace tiempo.

51. niño	lx	padres	6,2
52. dulce	lx	debo experimentar lo amargo de la vida	11,0
53. cabalgar	lx	ahora debo limitarme a conducir	8,8

Aquí la paciente vuelve a reaccionar de modo muy egocéntrico, esto es, sus complejos utilizan toda ocasión posible para hacer su entrada. R53 cabalgar se refiere a una idea demencial expresada como estereotipo: «Ya desde 1886 tendría que haber salido a pasear a caballo». La idea pertenece al delirio de grandeza.

54. amable lx sí, amable, encantador 12,8

Se refiere a una idea de grandeza expresada como estereotipo: «Soy regiamente encantadora, tan encantadora y tan pura».

55.corona 2x mansión 17,4

La paciente explica: «La mansión S. en T. es mi corona. La compruebo como de mi propiedad». La mansión S. es una de las propiedades más bonitas de los alrededores de Zúrich.

56. áspero lx generalmente es brutal 5,6

Una asimilación al complejo de la brutalidad (R47).

57. enfermo 2x la enfermedad es pobreza

La paciente explica: «La pobreza crece con las enfermedades».

58. víctima 2x crueldad 7,8

Como explica la paciente, ella es víctima de «crueldades inauditas».

59.boda	1 x cuestión de Estado	7,8

La boda es cuestión de Estado ya que se trata de la suya propia y ella es propietaria del mundo.

60. abuela	1 x es felicidad	6,6

La paciente explica: «En toda familia en que la haya, existe felicidad».

61. reñir	2X	es siempre un indicio de peligrosidad	10,4
62. azul	IX	celeste	3,4
63. sofá	IX	almohadón	7,2
64. mil	lx	150.000	7,0

Esta cantidad se corresponde con el monto del «pago» que la paciente espera un día tras otro.

65. amar	lx grandes inconvenientes	11,4

La paciente explica: «Los seres humanos solamente se aman a sí mismos». Con lo cual quiere decir que nadie se ocupa de sus exigencias y que por eso se ve obligada a seguir esperando el pago.

55. salvaje	lx	indios	8,2
56. lágrimas	lx	tristeza	4,4
57. guerra	lx	nunca la he causado, siempre calamidad	6,8
58. fidelidad	lx	imperecedero	9,0
59. milagro	lx	cumbre	10,0

La paciente explica: «Para otros no es concebible que haya logrado la cumbre más alta».

60. sangre	1 x ennoblecida	9,0
61. corona	1 x es festivo	7,0

La primera asociación es claramente una constelación del complejo, la última es un fragmento de sus fantasías, que se ocupan de grandes fiestas.

62. divorciarse		suele causar lágrimas	7,2
63. derecho	lx	legalidad	5,8
64. violencia	lx	en general es crueldad, brutalidad	13,0
65. venganza	lx	a menudo es muy natural en las crueldades	14,2
66. pequeño	lx	a menudo es una pérdida	10,0

La paciente explica: «Cuando uno ha sido grande y se ha vuelto pequeño, entonces es una pérdida». Se refiere a sus ideas de grandeza.

67. rezar	lx es un pedestal fundamental	11,4

La paciente explica: «Sin religión nadie puede obrar nada grande». «Pedestal fundamental» es uno de sus neologismos preferidos.

68. injusto	lx	es siempre cruel	8,2
69. mundo		propietaria del mundo	4,2
70. extraño	lx	desconocido	3,4
71. fruta	lx	abundancia	15,0
72. falso	lx	malo	6,6
73. casco	3x	héroe, acción heroica	11,4

La paciente compara a su persona y sus acciones con lo más grande que conoce la historia universal. Por eso utiliza «casco» para mencionar una expresión del complejo.

74. vestir	lx gusto	3,4

La paciente es costurera y alaba siempre su buen gusto.

75. silencio	1 x delicadeza	6,0

La paciente explica: «Cuando se atraviesa un dormitorio hay que hacerlo en silencio, para no despertar a los demás».

Se trata, por tanto, de una clara constelación de la vida hospitalaria. Implícitamente insinúa que posee la delicadeza correcta.

76. desdicha lx muletas	7,8

Es una asociación mediada a través de «paralítico». La paciente se siente paralizada.

77. heno	1X cosecha	4,8
78. limpio	1 x buena posición	24,4

La paciente explica: «La limpieza genera una buena posición». Se trata de una expresión general de un autoelogio implícito.

79. frambuesa	1 x mermelada, jarabe	3,8

Pertenece a sus desiderata.

80. cabeza	1 x sabiduría	22,0

Se refiere al complejo de su extraordinaria inteligencia.

208 No deseo acumular ejemplos. Podemos enterarnos de todo lo esencial a partir de los ofrecidos. Llama sobre todo la atención la sorprendente cantidad de constelaciones del complejo totalmente claras. Con pocas excepciones se trata de asociaciones de expresiones del complejo poco ocultadas. Debido a que los complejos siempre están en primer plano, tenemos siempre las correspondientes distorsiones del experimento. Los tiempos de reacción extraordinariamente largos en todos los casos podrían explicarse en parte por la continua irrupción de los complejos, algo que es poco usual en las personas normales e incluso en las histéricas. De esto se podría extraer inmediatamente la conclusión de que la actividad psíquica de la paciente está totalmente colonizada por el complejo: está sometida al complejo; habla, hace y sueña solamente aquello que el complejo le inspira. Parecería que estamos ante un caso de cierta debilidad mental, que se manifiesta en una especie de *tendencia a la definición,* pero que, al contrario del caso de los imbéciles, no anhela la universalidad[180], sino que define o designa los objetos de las palabras-estímulo en el sentido del complejo. Es característica en este caso la extraordinaria *afectación* y *amaneramiento* de la expresión, que a menudo raya en lo ininteligible. Las definiciones torpes y por eso mismo peculiares de los imbéciles se encuentran en los momentos que revisten alguna dificultad intelectual, donde también cabe esperarlas; pero aquí las definiciones afectadas aparecen en momentos inesperados, que ocasionalmente estimulan el complejo. Encontramos reacciones llamativas y distorsionadas lingüísticamente en las personas normales y en los histéricos generalmente en los momentos críticos, sobre todo con palabras extrañas o de otras lenguas. Esto se corresponde aquí con los neologismos, que no representan otra cosa que expresiones especialmente fuertes y sustanciosas para los pensamientos del complejo. Por eso también entendemos

180. Cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* II.

que la paciente designe a sus neologismos como «palabras poderosas». Cuando aparecen, siempre dejan adivinar todo un sistema que se esconde tras ellas, igual que el *terminus tecbnicus* de la lengua normal.

209 Vemos también que el complejo es atraído incluso por las palabras más alejadas, se podría decir que *asimila* absolutamente todo.

210 En el caso de personas normales e histéricas encontramos una relación similar en los complejos con fuerte carga, donde el afecto todavía está fresco. Por tanto, la paciente se comporta en relación con el experimento como una persona con afectos frescos. Naturalmente que éste no es el caso en realidad; los efectos sobre las asociaciones son como los que aparecen solamente en el caso de los afectos frescos: *la mayor parte de las reacciones están «consteladas» del modo más claro por complejos subjetivos.* Este hecho lo explicamos mediante la hipótesis formulada en los capítulos anteriores de que la *dementia praecox* tiene un contenido afectivo anormalmente fuerte que se estabiliza con la entrada de la enfermedad. Si esta hipótesis es correcta y válida para todas las formas de *dementia praecox,* podemos entonces esperar como *característica de las asociaciones de los dementes tempranos una presencia anormalmente fuerte de los complejos. Hasta donde llega mi experiencia, esto es realmente lo que sucede siempre.* También en este punto es muy grande la *similitud con la histeria.* Los complejos que el experimento ha puesto sobre el tapete son sustancialmente los siguientes:

211 El *complejo de la grandeza personal* constela la mayoría de las asociaciones; se expresa sobre todo en la *afectación,* la cual no tiene otro objetivo que recalcar la dignidad de la personalidad. En este sentido es un medio normal y conocido de la autocomplacencia. Aquí alcanza una altura exagerada en armonía con el sentido del yo patológicamente elevado. Debido a que el afecto-base que le sirve de motor aparentemente jamás se extingue, permanece durante décadas y se transforma en un *gesto,* que contrasta agudamente con la situación real. Por cierto que lo mismo se ve en personas normales, que son injustificadamente vanidosas y conservan sus modales grandilocuentes aunque la situación real ya no se corresponda en absoluto con ellos. En correspondencia con la afectación exagerada encontramos *ideas de grandeza* exageradas, que tienen algo grotesco debido, por un lado, a su contraste con la realidad y, por el otro, debido a su expresión lingüística afectada y difícilmente comprensible. Encontramos también en las personas normales el principio de este fenómeno, cuyo sentimiento del yo contrasta con su inteligencia y con la situación exterior. En la paciente se trata en primera instancia de una mera exageración, que permite extraer la conclusión de un fuerte afecto correspondiente. Pero lo que sobrepasa el mecanis-

mo normal es la difícil comprensión y lo desajustado de la expresión, lo que indica un *daño del concepto fundamental.* El complejo de grandeza personal también se expresa en *las exigencias y deseos desmesurados.*

212 Con el complejo de grandeza contrasta el *complejo del perjuicio,* que igualmente aparece con gran claridad. En esta enfermedad es la compensación usual de la grandeza. También aquí la expresión vuelve a ser exagerada y a menudo difícilmente comprensible, y por eso mismo grotesca.

213 Tenemos indicios de un *complejo erótico* que, aunque sea considerablemente menor frente a los otros dos complejos, no obstante puede ser la cuestión central; en el caso de las mujeres incluso cabe esperar que sea así. El complejo quizá aparezca significativamente en segundo plano, mientras que los otros complejos son sus meros desplazamientos. Volveremos sobre esto más adelante.

214 Una persona con gran sensibilidad y un alto sentimiento de su yo chocará en este mundo en todas partes; de esto se derivan directamente los fundamentos para los complejos de grandeza y de perjuicio. En estos mecanismos apenas puede residir lo específico. Antes bien, debemos buscarlo en los síntomas que se alejan mucho de lo normal, esto es, en lo *incomprensible.* A esto pertenecen sobre todo los *neologismos.* Por eso he sometido a un estudio especial las formaciones lingüísticas nuevas de la paciente, a través del cual tengo la esperanza de descubrir lo esencial.

C. *Asociaciones continuas*

215 Antes que nada intenté que la paciente misma me explicara directamente lo que quería decir con sus neologismos. Pero el intento fracasó totalmente, ya que presentó inmediatamente otra serie de neologismos que recordaban a una ensalada de palabras. Hablaba en un tono natural, como si tuviese claro el significado de sus palabras, y creía que aquello que decía era una explicación. Comprendí que la interrogación directa no conducía a ninguna parte, al igual que en la histeria, cuando se pregunta directamente por el surgimiento de los síntomas. Utilicé, por tanto, el medio que también se utiliza con provecho en la histeria: dejaba que me dijera una serie de ocurrencias ante una palabra-estímulo; de este modo se podía asociar el contenido de un concepto en todos los ámbitos y conocí sus diferentes relaciones. Como palabras-estímulo tomé los neologismos, que hay en abundancia en la paciente. Debido a que la paciente habla muy lentamente en el terreno de sus ideas demenciales y es perturbada continuamente por la «privación del pensamiento» (inhibi-

ciones del complejo), resultó sencillo escribir al dictado. Reproduzco literalmente los experimentos, pero eliminando las repeticiones.

a) La satisfacción de los deseos

216 1. *Sócrates:* alumnos — libros — sabiduría — discreción — no hay palabras para explicar esta sabiduría — es el pedestal fundamental más alto — sus doctrinas — tuvo que morir a causa de hombres malvados — acusado falsamente — la sublimidad más sublime — autosatisfacción — todo esto es Sócrates — el refinado mundo de los eruditos — *no cortar ningún hilo — era la mejor costurera, nunca tenía ni un pedacito de tela en el suelo* — el refinado mundo de los artistas — profesorado refinado — es un doblón — veinticinco francos — esto es lo más alto — mazmorra — difamado por hombres malos — insensatez — crueldad — libertinaje — tosquedad.

217 Las ocurrencias no se presentaron sin más, sino que fueron constantemente retardadas por la «privación del pensamiento», que la paciente describe como una fuerza invisible que le roba justamente aquello que quiere decir. La privación del pensamiento aparece especialmente cuando quiere explicar algo decisivo. Lo decisivo es el complejo. Así, en el análisis anterior vemos que lo sustancial sólo aparece después de un gran número de analogías oscuras[181]. El supuesto del experimento es, como sabe la paciente, la explicación del neologismo; por tanto, si necesita tanto tiempo para poder reproducir lo importante («no cortar ningún hilo») es porque su facultad de representación padece un trastorno particular que podría designarse del modo más acertado como una *deficiencia en la facultad de distinguir el material importante del no importante.* La explicación para su estereotipo: «Soy Sócrates» o «soy socrática» radica en que ella era «la mejor costurera», que «no cortaba ningún hilo» y nunca tenía «ningún pedacito de tela en el suelo». Ella es una «artista», una «profesora» en su especialidad. Ella es martirizada, no es reconocida como propietaria del mundo, etc., se la considera enferma, lo cual es una «difamación». Ella es «sabia» y «discreta», ella ha alcanzado «lo más alto»; todas éstas son analogías de la vida y la muerte de Sócrates. Por tanto quiere decir: «Soy y padezco como Sócrates». Con cierta licencia poética, como la que posee en el momento de un afecto fuerte, dice directamente: «Soy Sócrates». Lo verdaderamente enfermizo en esto es que se identifica con Sócrates hasta tal punto que ya no logra liberarse, toma la identificación al

181. Es modélico el análisis de Freud en *Zur Psychopathologie* («Exoriar aliquis...» etc., pp. 10 s.).

pie de la letra y supone que la metonimia es tan real que debe ser comprendida por todo el mundo.

218 Aquí nos topamos claramente con la deficiente facultad de distinción entre dos representaciones: toda persona normal puede distinguir entre un rol supuesto o una descripción metafórica y su persona real, aun cuando una viva fantasía, esto es, un tono afectivo fuerte pueda mantener durante cierto tiempo una formación del sueño o del deseo de este tipo. Finalmente llega la corrección con un contragolpe del afecto y, con ello, el ajuste a la realidad. Pero lo inconsciente hace algo distinto: veíamos por ejemplo cómo el sueño transforma la expresión metafórica en una realidad que se instala en el soñante, o cómo, por ejemplo, un complejo inconsciente condensa inmediatamente en la persona una analogía lejana y por eso alcanza la intensidad necesaria para distorsionar el proceso consciente («Un abeto solitario», etc. Si en ese momento el complejo inconsciente hubiese alcanzado en un breve estado crepuscular la innervación lingüística, habría dicho: «Soy el abeto».) Como se ha expuesto en los capítulos precedentes, *la condición necesaria de estas condensaciones es la confusión de las representaciones*, tal como normalmente se encuentra en lo inconsciente. A partir de la misma raíz explicamos también las condensaciones de nuestro caso: tan pronto como la paciente piensa en el complejo, ya no piensa con la energía o la claridad normales, sino confusamente, como en un sueño, del mismo modo que solemos pensar en lo inconsciente o en el sueño. Cuando la asociación de la paciente ingresa en el terreno del complejo, cesa la jerarquía de la representación superior y el curso del pensamiento se mueve en analogías indescriptibles, que se ponen al mismo nivel que la realidad con la naturalidad del sueño. El complejo trabaja aquí automáticamente según su habitual ley de la analogía, está completamente liberado del dominio del complejo del yo, por eso el complejo del yo tampoco puede intervenir como director en las asociaciones del complejo, al contrario, está sometido al complejo y se encuentra incesantemente distorsionado por las reproducciones deficientes (privaciones de pensamientos) y por asociaciones obsesivas (ocurrencias patológicas). El mismo proceso de oscurecimiento que tiene lugar en las representaciones también ocurre en el lenguaje del complejo: el lenguaje se vuelve gradualmente poco claro, las expresiones similares se intercambian fácilmente unas con otras, existen desplazamientos sonoros y asociaciones mediadas (lingüísticas). Por ejemplo, a la paciente no le preocupa si dice «artista» o «refinado mundo de los artistas», «profesorado» en lugar de «profesor», «refinado mundo de los eruditos» en lugar de «costurera erudita». Estos conceptos se intercam-

bian con la misma facilidad que la personalidad de la paciente y Sócrates. Pero el acento se encuentra significativamente no sobre lo sencillo, sino sobre lo inusual, pues esto se corresponde con la tendencia a distinguirse exteriormente.

219 2. *Doble politécnico* (estereotipo: «Soy doblepolitécnicamente irreemplazable»): esto es lo más elevado, lo supremo — *lo más alto de la confección* — la obra más sublime — la inteligencia más elevada — *la obra más suprema de la gastronomía* — la actuación más elevada en todos los terrenos — *el politécnico doble es irreemplazable* — lo universal con 20.000 francos — *no cortar ningún hilo* — refinado mundo de los artistas — *no poner ningún hilo de adorno donde nada se ve — pastel de ciruelas sobre una masa de maíz y sémola* — es de gran trascendencia — profesorado refinado — es un doblón — 25 francos — *la vestimenta de museo del caracol es lo supremo* — salón y dormitorio — *tendría que vivir allí* como politécnica doble.

220 El contenido de «doble politécnico» es muy similar al de «Sócrates», aunque aquí se resaltan más las «artes»; junto a la «confección» aparece el arte gastronómico con su especialidad, el «pastel de ciruelas sobre una masa de maíz y sémola». El arte de coser vuelve a aparecer dentro de las mismas asociaciones estereotipadas que antes. Queda claro sin más que «politécnico» es otra metonimia para la cima del arte y la sabiduría. Otra fijación se encuentra en «tendría que vivir allí», a saber: en el politécnico, como reconoció más tarde la paciente ante mí. Pero para su consciencia, así como tampoco para el sueño, no existe ninguna contradicción en que ella viva como «politécnica doble» en el politécnico. También resulta totalmente imposible explicar a su consciencia este absurdo, ella contesta simplemente con uno de los estereotipos que aparecen más arriba. El politécnico es un edificio estatal, por eso «le pertenece». Un epíteto oscuro es «doble», que quizá resuena en «doblón». Con ello acaso se podría estar aludiendo a la paga esperada por esta actividad «suprema». «Doble» puede significar una elevación, pero quizá tenga otro significado del que hablaremos más tarde. Si el «politécnico doble» es lo «más elevado», no es difícil comprender «irreemplazable» como epíteto.

221 3. *Profesorado* (estereotipo: «Soy el profesorado más refinado») : ésta es nuevamente la actividad suprema — doble — 25 francos — soy doblepolitécnicamente irreemplazable — el profesorado incluye en sí mismo el refinado mundo de eruditos — yo también soy este título — *soy la vestimenta del museo del caracol, esto parte de mí — no cortar ningún hilo,* elegir *los mejores modelos,* que representan mucho — el mundo más refinado de los eruditos incluye

esto en sí — *elegir los mejores modelos, que representan mucho y consumen poco material* — esto lo he logrado — esto me atañe — *el refinado mundo de los artistas es colocar el adorno donde se vea* — pastel de ciruelas sobre una masa de maíz y sémola — *el profesorado más refinado es doble — 25 francos — no se puede ir más allá, nadie puede lograr más que 25 francos — la vestimenta del museo del caracol es la vestimenta suprema* — los demás siempre quieren relacionar el mundo de los eruditos con la astronomía y mil otras cosas.

222 El contenido del concepto «profesorado» coincide con los dos conceptos analizados anteriormente. «Profesorado» no es otra cosa que una designación simbólica de la idea megalomaníaca de que la paciente es la mejor costurera. El «doblón» se sustituye aquí por la palabra «doble», cuyo sonido es similar; ambas cosas parecen ser igualmente válidas para la paciente. Un doblón se corresponde con el valor de 25 francos y aquí también queda claro que con esto se hace referencia a la paga diaria más elevada que se puede conseguir en su trabajo. La expresión «vestimenta del museo de caracol» es una designación simbólica para el producto de su arte, que ella cataloga como la «vestimenta suprema». Se explica de la siguiente manera: en el *museo* se dan cita los círculos ilustrados de Zúrich, la *Casa del Caracol [Haus zur Schnecke]* se encuentra junto al museo y es un distinguido club. Ambas representaciones se fusionan en el singular concepto de «vestimenta del museo del caracol» que, como dice la paciente, designa precisamente la «vestimenta suprema». Su uso lingüístico es interesante: la paciente no dice «yo hago», sino «soy la vestimenta del museo del caracol, esto parte de mí». Por tanto, también se condensa con este objeto, en la medida en que al menos trata de igual manera el «yo soy» y «esto parte de mí». El «yo soy» parece ser sólo una intensificación del «yo tengo» o «yo hago».

223 Los tres conceptos analizados hasta ahora son *termini technici,* que designan brevemente *y* de modo conciso (como se le aparecen a la paciente) una gran cantidad de ideas y relaciones. Cuando ella susurra para sí misma, solamente repite los *termini* e inclina la cabeza en señal de aprobación, pero aquí falta el material que explica las cosas. Desconocemos de dónde vienen los *termini-,* según datos de la paciente algunos provienen del sueño. Probablemente las expresiones hayan surgido ocasionalmente y por su extrañeza le hayan parecido evidentes a la paciente, al igual que los filósofos, que piensan con conceptos confusos y juegan alegremente con palabras oscuras.

224 4. *El momento culminante:* la sublimidad más sublime — estoy autosatisfecha — el club al plato — refinado mundo de los eruditos — mundo de los artistas — vestimenta del museo del caracol — mi lado derecho — soy Natán el Sabio — no tengo en el mundo padre,

madre, hermanos, hermanas — un huérfano — soy Sócrates — Lorelei — la campana de Schiller y el monopolio — el Señor Dios, María la madre de Dios — la llave principal, la llave en el cielo — yo legitimo siempre nuestro libro de canciones con los cantos dorados y la Biblia — soy propietaria de zonas sureñas, encantadoramente regia, tan encantadora y tan pura — en mi única personalidad soy de los Estuardo, de los Muraít, de los Planta — de Kugler — la razón suprema me pertenece — a nadie más se puede vestir aquí — yo legitimo una segunda fábrica de billetes, de seis plantas, para la delegación de Sócrates — el manicomio debería conservar la delegación de Sócrates, no tanto la delegación anterior que tuvieron los padres, sino Sócrates — esto se lo puede explicar un médico — soy Germania y Helvecia de mantequilla dulce — éste es un símbolo de la vida — he alcanzado la cima más alta — he visto el libro increíblemente alto sobre los edificios de la ciudad y espolvoreado de azúcar blanca — arriba en el cielo se ha logrado la cima más alta — más alto que la cima más alta — no se puede traer a nadie que pueda acreditar un título más poderoso.

225 Con el concepto de «el momento culminante» nos topamos con una inmensa cantidad de ideas absurdas, que en parte suenan extraordinariamente singulares. Lo principal es que a partir de este material se desprende que la paciente simplemente designa con «el momento culminante» la suma de sus «títulos» y logros. Probablemente los «subtítulos» («La campana» de Schiller, Lorelei, etc.) expresen analogías especiales que deban buscarse entre cada una de las palabras.

226 5. *Lorelei:* es propietaria del mundo — transmite una gran tristeza debido a que el mundo está tan degenerado — un título que para los demás implica la mayor suerte — habitualmente estas personalidades están extraordinariamente atormentadas, ya que tienen la desgracia, por decirlo de alguna manera, de ser propietarias del mundo — Lorelei también es el modelo vital más elevado — el mundo no puede acreditar ninguna conmemoración más alta — ningún honor más alto — es como una estatua — por ejemplo, la canción dice: *No sé qué significa — a menudo parece que el título de propietario del mundo no es comprendido en absoluto — que la gente dice no saber lo que significa* — ésta es una gran desgracia — yo compruebo la mayor isla de plata — ésta es una canción muy antigua, tan antigua que ni siquiera se conoce el título — esto es tristeza.

227 Cuando la paciente dice: «Soy Lorelei» se trata, como se desprende del análisis anterior, de una condensación a través del aglutinante de una tosca analogía: las personas no saben lo que significa «propietaria del mundo», esto es triste; en la canción se dice «No

sé», etc., por eso la paciente es Lorelei. Se ve que funciona del mismo modo que el tipo de ejemplo del abeto.

228 6. *Corona* (estereotipo: «soy la corona»): la máxima aspiración vital que pueda alcanzarse — los que realizan lo más sublime llegan a la corona — la máxima dicha vital y posesión terrenal — la máxima riqueza en esta tierra — todo está adquirido — también existen personas vagas, que siempre son pobres — la imagen más alta del cielo — la divinidad más alta — María la madre de Dios — la llave principal y una llave en el cielo, con la que se hacen relaciones — yo misma he visto cómo se golpeaba un cerrojo — la llave es necesaria para la justicia irrevocable — título — emperatriz, propietaria del mundo — la nobleza más alta digna de mérito.

229 «Corona» vuelve a ser una analogía del punto más alto, pero expresa el matiz del logro y de la recompensa. La recompensa no se realiza solamente en esta tierra bajo la forma de reparto de los bienes más preciados (riqueza, coronación como emperatriz, nobleza digna de mérito), sino que alcanza también el cielo religioso, cuya entrada le es concedida a la paciente por medio de la llave y en donde se transforma hasta en reina del cielo. Ella considera este proceso, teniendo en cuenta sus logros, como de una «justicia irrevocable». ¡Un ingenuo fragmento de sueño, que recuerda un poco al *Hanneles Himmelfahrt* [La Ascensión de Hannele]!

230 7. *Llave principal* (estereotipo: «Soy la llave principal»): la llave principal es la llave de la casa — no soy la llave de la casa, sino la casa — la casa me pertenece — sí, *yo soy la llave principal — compruebo la llave principal como de mi propiedad* — es por tanto una llave de la casa para cerrar — una llave que vuelve a abrir nuevamente todas las puertas — *incluye por tanto a la casa en sí* — es una *llave de bóveda* — monopolio — la campana de Schiller.

231 La paciente hace referencia a la llave maestra que tienen los médicos. Resuelve el estereotipo «soy la llave principal» en el complejo de su internación. Aquí vemos con especial claridad lo confusas que son sus representaciones y, por ende, también sus expresiones; en ocasiones es la llave principal, por momentos meramente la comprueba; igualmente unas veces es la casa, y otras veces le pertenece. Esta llave, que todo lo abre y la libera, también da ocasión a establecer una analogía con la llave del cielo, que le abre el camino hacia la bienaventuranza.

232 8. *Propietaria del mundo* (estereotipo: «soy propietaria del mundo por partida triple»): Grand Hotel — hostelería — autobús — representación teatral — comedia — instalaciones — equipaje — coche de alquiler — tranvía — móvil callejero — casas — estación de trenes — barco de vapor — ferrocarril — correos — telégrafo —

fiesta nacional — músicas — puestos de venta — biblioteca — Estado — cartas — monogramas — tarjeta postal — góndolas — delegados — grandes oportunidades — pagas — dominio — carruaje — negros sobre el pescante — banderas — riendas — *break* — pabellón — organización escolar — fábrica de billetes de banco — la isla de plata más poderosa del mundo — oro — piedras preciosas — perlas — anillos — diamantes — banco — patio central — institución de crédito — mansión — criados y criadas — alfombras — cortinas — espejo, etcétera.

233 Las imágenes que se le presentan a la paciente con «propietaria del mundo» hacen referencia a los requisitos de una existencia principesca; en parte se trata de situaciones ilustradas de forma minuciosa y afectuosa («¡negros sobre el pescante!»). Estas alusiones nos permiten echar una mirada a la incesante actividad interna del complejo en la *dementia praecox,* que se manifiesta hacia el exterior a través de algunos fragmentos incomprensibles. La actividad psíquica ya no se eleva a la *fonction du réel,* sino que se dirige hacia adentro, hacia un infinito trabajo del pensamiento que se agota en la construcción del complejo.

234 9. *Rasgos de interés* (estereotipo: «en algún momento hay que conservar mi rasgo de intereses»): cacao, chocolate, fideos, macarrones, café, queroseno, té negro, té verde, azúcar cande, azúcar blanco, agua de nuez, vino tinto, pastel de miel, pastel de vino — sustancias, terciopelo, merino, doble merino, merino sajón, alpaca, croisé, fustán, percal blanco, tela de camisas, telas, lana, zapatos, botas, calcetines, corpiño, ropa interior, vestidos, paraguas, sombreros, chaqueta, tapados, guantes — son rasgos de intereses que me pertenecen en la realidad.

235 Lo anterior es solamente una muestra del contenido del «rasgo de intereses». Se trata de los deseos concretos de la vida cotidiana, que no tienen nada que ver con el complejo de propiedad del mundo. También están pensados minuciosamente hasta el último detalle y causan la impresión de una rigurosa recopilación.

236 10. *Comprobar-,* compulsar, certificar, autorizar — en general totalmente definitivo — dictaminar — considerar — lo que se comprueba — toma de posesión — los paganos se crían así, se hacen explicar todos los días lo mismo y no aportan nada a la cuestión — compruebo que estoy inválida — hace ya nueve años que habría necesitado 80.000 francos — pago a través del señor director Forel — son toscos conmigo — ya he comprobado seis veces el manicomio como propietaria del mundo.

237 El contenido de «comprobar» es el que habíamos bosquejado más arriba. El significado más claro se encuentra en la oración:

«compruebo que estoy inválida». Aquí el comprobar tiene su sentido más verdadero y originario. Pero la paciente usa generalmente «comprobar» en sentido figurado, por ejemplo «compruebo el manicomio», esto es, como propiedad, o «compruebo un pago», es decir, compruebo que tengo derecho a reclamar un pago. Como ya he mostrado con «llave principal», existe en la paciente una movilidad anormal de la expresión lingüística con una declarada tendencia hacia la manipulación arbitraria de la lengua. Dentro del espectro de lo normal se producen modificaciones lentas; aquí, en cambio, la lengua se modifica a una velocidad acelerada dentro de los límites individuales. Estimo que la causa de esta variabilidad es la *confusión de la representación,* por lo que se distingue deficientemente de otras y es utilizada o se expresa algunas veces de una manera y otras veces de otra. (Compárese con «llave principal».) Aquí también vemos que el concepto «comprobar» es verdaderamente oscuro si nos dedicamos a extraer una conclusión a partir de su índice de contenidos. «Comprobar» parece contener: «compulsar, certificar»; esto en cierto modo es entendible, aunque ambos conceptos vayan un poco más allá de «comprobar»; «autorizar, considerar, lo que se comprueba» ya no son comprensibles en su contexto lógico con «comprobar», en todo caso se pueden valorar como asociaciones superficiales referidas a «comprobar», quizá solamente por la similitud de las palabras; en lo que atañe a su significado, no explica nada del concepto de «comprobar», sino que meramente lo *desdibuja,* lo que podría deberse a que también las palabras se representan solamente de modo confuso, por lo que no se distingue su diferencia.

238 11. *Universal* (estereotipo: «yo soy lo universal»): yo he venido como universal desde hace ya diecisiete años — lo universal excluye el descanso — relaciones ordenadas — también se da a través de herencias — también incluye en sí situaciones patrimoniales — el título de propietario del mundo incluye dentro de sí miles de millones — pero si ésta es la mansión, carruaje — ya desde 1886 salí en coche — soy universal desde la muerte de mi padre — en el mes de invierno compruebo lo universal — si no lo hubiera comprobado una vez en el sueño, lo habría sabido — por ser la que lega — al menos 25.000 — ¡con qué firmeza! — la pensión vitalicia suiza son 150.000 — por teléfono se dijo que el señor O. había elevado mi pensión vitalicia — lo universal es algo definitivo — usted puede serlo por medio de los difuntos — por medio de la herencia — universal es el patrimonio — el patrimonio me pertenece.

239 Según estas asociaciones, «universal» significa tanto como «herencia universal», al menos la expresión parece sacada de allí. Pero

el concepto es utilizado igualmente de forma promiscua, a veces para la persona, a veces para el patrimonio. Tenemos por tanto nuevamente la misma inseguridad. En lugar de «comprobar», en este análisis la paciente utiliza «incluir»; las dos palabras se condensan una vez en «excluir». Una inseguridad significativa aparece también en el uso de los tiempos; la paciente dice por ejemplo «ya desde 1886 salí en coche», etc. Ella sabe perfectamente que esto no es así; en otra ocasión dijo: «ya desde 1886 tengo que andar a caballo, pero prefiero el coche». No le afecta en absoluto *expresar un subjuntivo como presente o imperfecto: habla igual que el sueño.* Ya se sabe que fue Freud quien demostró esta característica del sueño[182]. En clara concordancia con esto aparece el restante modo del habla, a veces como en un sueño, a veces condensado y otras veces desplazador.

240 «Universal» es nuevamente un símbolo de su riqueza, que no solamente ha conquistado sino que también ha heredado. De este modo arroja brillo sobre su familia, a la que, como veremos más tarde, incluye en su ilusión.

241 12. *Héroe:* soy un héroe de la pluma — generosidad — indulgencia — acción heroica — héroe de la pluma a través del contenido de lo que se escribe — la inteligencia más alta — las predisposiciones elevadas — la mayor perseverancia — la mayor nobleza — lo más alto que el mundo puede acreditar — incluido en sí — cartas — *contrato de compra y pagaré.*

242 «Héroe de la pluma» es en realidad una expresión sarcástica que la paciente sin embargo toma en serio. Quizá esto radique en su falta de formación, pero probablemente también en el hecho de que ha perdido totalmente la sensibilidad para lo *cómico,* como suele suceder en la *dementia praecox.* Por otra parte, esta deficiencia también es característica en el sueño. «Héroe» es nuevamente una expresión simbólica para la «inteligencia» más alta, etc. Pero en qué medida la paciente sea un «héroe de la pluma» se esclarece sólo al final: no escribe nada, a lo sumo alguna carta cada mucho tiempo. Por eso su fantasía parece escribir más cartas, a saber: «contratos de compras y pagarés», esto es, un requisito de su complejo con la riqueza. Aquí vuelve a ser interesante que ella expresa estos pensamientos secretos de manera simbólicamente muy alejada por medio de «héroe».

243 1 3. *Definitivo:* alianza, resguardo, balances, firma, derecho de posesión, poder — en general también incluye la llave en sí — divisa, los balances más altos — dedicación del más alto — adoración — he

182. *La interpretación de los sueños.*

soñado que no se me podía dispensar la adoración, el respeto y la admiración de los que soy digna — así cambia, la más noble de las mujeres, con rosas pretende reformar al pueblo — la reina Luisa de Prusia — esto lo he comprobado desde hace tiempo — yo también lo soy — éstas son las cosas más definitivas de la vida — llave de bóveda.

244 La delimitación del concepto «definitivo» tampoco es clara; «resguardo, firma, poder, derecho de posesión» recalcan, según creo, la *validez,* mientras que «balances, alianza, llave de bóveda» ponen de relieve lo *definitivo.* Pero en realidad estas relaciones se difuminan completamente unas a otras. La asociación fluye desde «poder» a «llave» que, como es sabido, cumple un gran papel como llave principal y despierta también regularmente a su opuesto simbólico, la «llave celestial». También aquí se pasa desde la llave a representaciones religiosas, y esto por medio del concepto de «divisa», que en su sentido también representa algo «supremo», por lo cual la paciente puede también asimilar este concepto. A partir de la «divisa» se pasa por medio de la «dedicación» a la «adoración». En un análisis anterior la paciente se condensa en un pasaje similar con María, la madre de Dios; aquí solamente con la «más noble de las mujeres», la «reina Luisa», que es otro símbolo de la grandeza de la paciente. Con ello vuelve a designarse una cima de las virtudes humanas que la paciente incluye junto a otros numerosos atributos bajo el concepto de lo definitivo. La cita es la forma de expresión preferida de los complejos.

245 14. *Culminación* (estereotipo: «He logrado la culminación más alta»): He logrado la culminación más alta con los remiendos — evidentemente esto lo hace un palo de azúcar — sale completamente blanco — Había que bajar la montaña para comer — era regio — más abajo se han construido casas — cuando haga buen tiempo se podrá subir con turistas — debe ser muy hermoso — yo también estuve una vez allí — pero el tiempo era malo — neblina marítima — me sorprendió que allí arriba todavía vivieran ocupantes tan distinguidos — luego tenían que bajar a comer — con buen tiempo es muy hermoso — se podría pensar que arriba viven personas desamparadas — el sentido es regio, porque es el mejor sentido — cuando se tiene un sentido real entonces queda fuera de toda posibilidad que a uno lo maten o lo roben en un sitio así — claro, ésta es la culminación — el Finsteraarhorn.

246 La paciente se dedica desde siempre al remiendo de lencería, ha remendado toda una «montaña» de estas piezas, la «culminación más alta», la lencería es blanca, por eso el «palo de azúcar». Las montañas cubiertas de nieve pueden compararse con palos de azúcar, que son azules abajo y blancos arriba, de ahí el «Finsteraar-

horn». Entre estas asociaciones ensoñadoras pero transparentes la paciente inserta un *intermezzo* igualmente ensoñador, que trata de una montaña donde vive gente distinguida. Podría pensarse probablemente en *Rigi-Kulm,* cuyos inmensos hoteles acaso hayan estimulado la ávida fantasía de la paciente. Cuando posteriormente se le pregunta por el *intermezzo,* dice que no se refería a ninguna montaña en concreto, que lo ha soñado. No se puede saber nada con más detalle. Pero habla de ello como de una realidad, al menos como de una visión simultánea. Evidentemente se trata una vez más de una realización extremadamente fuerte de una imagen fantasiosa como solamente suele suceder en los sueños.

247 15. *Turquía* (estereotipo: «soy la Turquía más fina»): pertenezco a la Turquía más fina del mundo — no se debe desnudar a ninguna otra mujerzuela del mundo — elegir — soy la encargada del champán y de los vinos tintos más fuertes — en general de los productos más finos — somos los conservadores todopoderosos del mundo — Suiza va a mi lado como el Estado más señorial y poderoso — Biel, Liestal, Badén, Seefeld, Neumünster — ninguna disonancia — Suiza se expresa en Turquía — la Turquía refinada introduce los alimentos más refinados — vinos finos — puros — mucho café, etcétera.

248 Uno recuerda ciertos carteles publicitarios de vinos griegos y cigarrillos egipcios adornados con una bella mujer de Oriente (la paciente también dice: «soy una egipcia»). En los carteles de champán se ven cosas similares. Éste debe ser por cierto el ancla al cual se aferran estos símbolos. Se trata de nuevo de cosas deseables (vino, café, etc.); pero también parece que se representa ser la repartidora de estos bienes a la humanidad («soy la encargada»), quizá bajo la forma de comercio, en la medida en que un negocio de importación de este tipo se le aparece como especialmente lucrativo. También «comprueba negocios», como veremos más adelante. Sea lo que fuere, lo importante para nosotros es cómo la paciente se expresa de forma metafórica y cómo se atribuye un concepto geográfico colectivo (Turquía) como título. Con ello el *terminus technicus* expresa en cada caso todo el material mencionado.

249 1 6. *Plata* (estereotipo: «He comprobado la isla de plata más poderosa del mundo»): hablar es plata, callar es oro — estrella de plata — a partir de la plata se miden los dineros — adquisición de los dineros — la isla de plata más grande del mundo — medalla de plata — hay que atenerse a lo que se adquiere — relojes — cajas de plata — copas — cucharas — la retórica más alta — hablar es plata, callar es oro — como propietaria del mundo me pertenece la isla de plata más poderosa del mundo — pero posteriormente he dado la orden de adquirir solamente dineros, ningún objeto ex-

terior — también hay que fundir en dineros la cubertería de plata ya existente.

250 La «isla de plata» pertenece a los requisitos de la propietaria del mundo, de ahí fluyen sus innumerables millones. Pero la plata también es «hablar», por eso posee además la *elocuencia* suprema. Este ejemplo vuelve a mostrar muy claramente cuán oscuras son sus representaciones, hasta qué punto ya no puede hablarse realmente de una dirección de la asociación, sino meramente de los principios de asociación de las conexiones lingüísticas o de la similitud de la imagen.

251 17. *Zähringer* (estereotipo: «ya desde 1886 soy una Záhringer»): significa pagador *[Auszahler]* — salud extraordinaria — a menudo se dice en la vida: ¡eres muy resistente *[zäfo]!* — desde 1886 ya soy *Zähringer* — larga vida — logros extraordinarios — increíble con muchas personas — está en el terreno — así uno es malentendido — hay tantas personas que siempre quieren estar enfermas — no se llevan bien con los Zähringer — totalmente extraordinario — la edad más elevada — ¿sabe usted dónde está el barrio de los Záhringer? — Allí, en la Iglesia de los Predicadores — un bello barrio — extraordinario — este título no recuerda a las personas corrientes — a menudo se dice: son tan resistentes *[zdhe]* — esto hace referencia al estado de salud — es tan decisiva la diferencia de edad — soy Zähringer debido a la salud — esto es extraordinario — a menudo se dice que es sorprendente cómo rinde y lo resistente que es — en 1886 he comprobado el barrio, pues tenía que vivir allí.

252 Está claro el significado simbólico de «Zähringer»: la paciente es Zähringer porque es *resistente [zdh]*. Esto suena como un retruécano, pero ella se toma en serio esta metonimia sonora; al mismo tiempo «Zähringer» significa para ella una bella vivienda en el «barrio de los Zähringer». O sea, ¡nuevamente una condensación como en sueños de diversas representaciones!

253 18. Últimamente la paciente habla a menudo con los siguientes neologismos: «Soy una Suiza». Análisis: ya desde hace mucho he comprobado la Suiza como doble — no debería estar aquí encerrada — he ingresado aquí *libremente* — el que se mantenga libre de culpa y faltas conserva el alma pura del niño — yo también soy *una grulla* — a Suiza no se la puede encerrar.

254 No es difícil de entender por qué la paciente es una Suiza: Suiza es libre, y la paciente «ha ingresado aquí libremente», esto es, no se la puede mantener encerrada. El *tertium comparationis* «libre» ofrece sin más la ocasión de la contaminación con Suiza. Similar, aunque más grotesco, es el neologismo: «soy una grulla». «El que se mantenga libre de culpa», etc., es una conocida cita de *las grullas de Íbico.* La paciente se condensa sin más ni más con «grulla».

255 Los análisis llevados a cabo hasta ahora conciernen únicamente a símbolos de la singularidad, el poder, la salud y la virtud de la paciente. No son más que pensamientos de egolatría y glorificación que se expresan en exageraciones inusitadas y por tanto grotescas. Los pensamientos fundamentales —soy una costurera excelente, he vivido decentemente y por eso tengo derecho al respeto y a una recompensa económica— son fáciles de comprender, e igualmente es comprensible que estos pensamientos sean también los puntos de partida de numerosos deseos, por ejemplo, reconocimiento, elogios, seguridad económica en la vejez. La paciente siempre ha sido pobre aun antes de su enfermedad y procede de una familia desamparada (¡su hermana es *puella publica*!). Sus pensamientos y deseos expresan un ansia de escapar de este círculo social y de ocupar una posición social mejor; por eso no es extraño que el deseo de dinero, etc., esté acentuado con especial fuerza. *Todos los deseos fuertes son temas de los sueños, y los sueños los presentan como satisfechos, pero no en las representaciones de la realidad, sino en oscuras metáforas oníricas.* En la paciente aparece el deseo satisfecho del sueño junto a las asociaciones de la vigilia, *el complejo asciende a la luz del día en la medida en que la fuerza inhibidora del complejo del yo es destruida por la enfermedad, y sigue hilando automáticamente sus sueños en la superficie,* al igual que antes, en los tiempos normales, podía hacerlo solamente en las profundidades oscuras de lo inconsciente, de lo inhibido.

256 La *dementia praecox* ha perforado la manta de la consciencia (esto es, la función de las asociaciones más claras y teleológicas) de tal modo que ahora se puede echar un vistazo desde todos los ángulos hacia el interior del engranaje automático de los complejos inconscientes. Lo que la paciente y nosotros vemos es solamente el producto difícilmente inteligible, deformado y desviado de los pensamientos del complejo, que es análogo a nuestros sueños, aunque solamente vemos la imagen del sueño y no los pensamientos del complejo que se ocultan debajo. Así pues, la paciente también toma sus productos oníricos por reales y sostiene que existen verdaderamente. Como nosotros en los sueños, ella no es capaz de distinguir entre el contexto lógico y el de la analogía, por eso para ella es lo mismo decir «soy el doble politécnico» o «soy la mejor costurera». Cuando hablamos de nuestro sueño, lo hacemos como cuando se habla de algo concluido, hablamos desde el punto de vista de la vigilia; cuando la paciente habla de su sueño *habla en el sueño,* se abandona al engranaje automático, por lo cual obviamente se detiene toda reproducción orientada por puntos de vista lógicos; la paciente se encuentra entonces totalmente supeditada a sus *ocu-*

rrencias y debe esperar si el complejo desea reproducir algo o no. Conforme a ello, la marcha de sus pensamientos es monótona, continuamente reiterativa (perseverante) y se ve interrumpida frecuentemente por la privación del pensamiento, lo que la paciente experimenta como muy molesto. Al pedirle explicaciones, como respuesta solamente puede reproducir otros fragmentos de sueño a partir de los cuales apenas se puede llegar a una conclusión; no se encuentra, por tanto, en condiciones de dominar el material del complejo y de reproducirlo como si fuera un material indiferente.

257 A partir de los análisis juzgamos que el sueño patológico ha satisfecho los sueños y esperanzas de la paciente de modo extremadamente brillante. Donde hay tanta luz, también debe haber mucha sombra. Los bienes excesivos de la felicidad siempre se obtienen a un alto precio psicológico. Por eso arribamos a otro grupo de neologismos o «ideas demenciales» que, a manera de contraste, tratan del perjuicio.

b) El perjuicio

258 1. *Invalidez* (estereotipo: «esto es invalidez»): alimentos malos — exceso de trabajo — privación del sueño — teléfono — éstas son las causas naturales — tuberculosis — columna vertebral, de ahí proviene la invalidez — sillas de ruedas, sólo a ellas quieren mencionarlas como invalidez — torturada — se traduce en ciertos dolores — también se ha hecho conmigo — el dolor no está demasiado lejos — pertenezco al monopolio, al pago — billetes de banco *[Banknoten]* — ahí se comprueba la miseria [Noí] — éste es un sistema justo — muletas — desarrollo del polvo — en algunos momentos me es necesaria la asistencia.

259 Aquí viene ahora la otra cara de la moneda: así como por un lado la fantasía es conducida hacia todas las maravillas, igualmente suceden, por el otro, todos los maliciosos acosos y martirios posibles. La paciente deriva de aquí su exigencia de indemnización, pues así debe entenderse su declaración: «pertenezco al pago» (sinónimo: «un pago me pertenece»). A causa de su miseria [Noí] tiene derecho a reclamar billetes de banco *[Banknoten]*. (Este retruécano se confirmará más adelante.) Sus quejas atañen a los mismos perjuicios corporales que son usuales en los paranoicos. No sé decir cuál es la raíz psicológica de los padecimientos mencionados aquí.

260 2. *Jeroglíficamente* (estereotipo: «yo padezco jeroglíficamente»): ahora mismo estoy padeciendo jeroglíficamente. Marie [la enfermera] ha dicho que hoy debería quedarme en la otra sección, Ida [enfermera] dice que ella no podría hacer ni un remiendo — fue una

bondad de mi parte hacer el remiendo — yo estoy en *mi* casa y los otros viven conmigo — compruebo el hospital por partida séxtuple, no es que me obstine en quedarme aquí, se me ha obligado a quedarme aquí — en el Münsterhof también he comprobado una casa — catorce años estuve encerrada, mi respiración no podía escapar por ningún sitio — esto es sufrir jeroglíficamente — éste es el sufrimiento más espantoso — que ni siquiera la respiración pueda escapar — compruebo todo y no pertenezco ni siquiera a una pequeña habitación — esto es sufrir jeroglíficamente — por medio de megáfonos que están colocados hacia fuera.

261 A partir de este análisis, interrumpido por la narración de *intermezzos* con las enfermeras, no queda claro lo que se intenta decir con «jeroglíficamente», aunque ella ponga ejemplos. En otro análisis sobre este neologismo dijo: *«Padezco de un modo desconocido, esto es jeroglífico».* Esta explicación tiene más sentido. Los «jeroglíficos» son para un iletrado el ejemplo proverbial de algo incomprensible. *La paciente no comprende por qué sufre y con qué finalidad lo hace, es un padecimiento «jeroglífico».* Que durante catorce años estuviera encerrada de tal modo que «ni siquiera la respiración podía escapar» no parece ser más que una formulación exagerada de su estancia obligada en el hospital. El sufrimiento a través de «megáfonos que están colocados hacia fuera» parece hacer alusión al «teléfono», a las voces; quizá sea posible hacer otra interpretación.

262 3. *Disonancia* (estereotipo: «¡es una disonancia tan grande!»): disonancias — es incluso un crimen — hay que ocuparse de mí — he visto en el sueño cómo dos personas ataban dos cuerdas en la buhardilla — son dos disonancias *tan* grandes — hay que ocuparse de mí — las disonancias ya no tienen ninguna cabida sobre este suelo — *es una gran disonancia que no se ocupen de mí* — en el desván se han hecho trabajos de pasamanería y *han avanzado sin pensar en mí* y sin ocuparse de mí — las disonancias surgen del descuido — las disonancias no tienen lugar sobre este suelo, sino en Siberia — ya es hora de que se ocupen de mí, tengo tuberculosis — *en lugar de proporcionarme el título bancario siempre siguen avanzando* — ambos han hecho casualmente trabajos de pasamanería en la buhardilla.

263 «Disonancia» parece expresar algo así como «situaciones molestas». Por ejemplo, la paciente se molesta de que el médico nunca quiera saber nada del pago que ella exige en cada visita. En esos casos, generalmente ella se queja del egoísmo de las personas, que piensan únicamente en sí mismas y «siempre siguen avanzando», sin pensar en el pago. El *intermezzo* onírico de los dos que atan cuerdas en la buhardilla y «siempre siguen avanzando» sin pensar en ocuparse de la paciente puede concebirse como símbolo de la indi-

ferencia con que se la trata aquí. «Siberia» significa igualmente el maltrato. A pesar de que por otra parte acentúa su brillante salud, se considera «tuberculosa». Pero los polos opuestos no influyen de ninguna manera entre sí, como tampoco lo hacen todos los restantes disparates que se excluyen. La *dementia praecox* también tiene esto en común con el sueño normal. Por lo demás, en el caso de los histéricos y de personas normales algo emotivas también se observa que comienzan a hablar con contradicciones cuando hablan del complejo. La reproducción de pensamientos del complejo se encuentra por así decirlo siempre distorsionada o falseada, ya sea en una dirección o en otra. Del mismo modo el juicio sobre los complejos está casi siempre enturbiado, o al menos es inseguro. Esto lo sabe todo aquel que se dedique al psicoanálisis.

264 *4. Monopolio* (estereotipo: «soy la campana de Schiller y el monopolio», eventualmente «monopolio de billetes de banco» *[Banknotenmonopol]):* en mi caso se expresa en la fábrica de billetes — ventanas totalmente negras — esto lo he visto en el sueño — esto es invalidez — una fábrica de billetes de siete plantas — es una casa doble, que da a la calle, y detrás está la habitación — la fábrica de billetes es auténticamente americana — la fábrica ha sido monopolizada, como también la campana de Schiller y el monopolio — el monopolio incluye todas las cosas que puedan suceder — todas las enfermedades ocasionadas por la producción química, envenenamientos, sin que se vea a un solo hombre, luego casos de asfixia — desde arriba es creíble — de nuevo las terribles prórrogas — continuamente se me prorroga — con estos alimentos no se llega a esa figura — el espantoso sistema de carga, como si en la espalda hubiera planchas de hierro que pesaran quintales — luego el envenenamiento, es invisible — se lo tira por la ventana — luego como si se estuviera en el hielo — luego dolores en la espalda, esto también perteneció al monopolio — por la campana de Schiller y el monopolio Forel me tendría que haber pagado 80.000 ya hace nueve años, porque tuve que pasar por esos dolores — necesito asistencia inmediata — el monopolio es algo definitivo en todas las novedades desde 1886, producciones químicas, ventilaciones, privación del sueño — sin esto un Estado también se vería obligado a quedarse a un lado con asistencia inmediata — compruebo una fábrica de billetes — si no fuera propietaria del mundo, el Estado debería prestar asistencia — como propietaria del mundo debería haber pagado con señores ya desde hace quince años, con la fábrica de billetes, eternamente, mientras viva — por eso es una gran pérdida tener que morir un año antes — desde 1886 el *Oeleum* me pertenece — *todos los que tengan que pasar por estos sufrimientos deben ser protegidos,*

merecen ser protegidos en la fábrica de billetes, en el pago — estas novedades se encuentran resumidas en la palabra monopolio, así como hay gente que tiene el monopolio de la pólvora.

265 El concepto de monopolio vuelve a ser bastante oscuro. Se asocia a él una serie de sufrimientos; a esta miseria [Noí] pertenece nuevamente la fábrica de billetes. La paciente recalca varias veces que necesita «asistencia inmediata»; a esto se une el «pago» ya mencionado varias veces. Debe ser compensada con el pago por sus grandes sufrimientos. El probable curso de sus pensamientos podría ser: su inusitado y extraordinario sufrimiento, así como su avanzada edad, urgen para que finalmente se le reconozcan sus *derechos extraordinarios.* Esto es lo que designa con el concepto de «monopolio». El contenido especial del monopolio consiste en que la paciente, como propietaria del mundo, es la única con derecho a fabricar billetes de banco. El contexto psicológico podría funcionar por la asociación sonora entre miseria [Noí] — billetes *[Noten].*

266 5. *Fábrica de billetes:* ésta es la creación de relaciones a través de una miseria [Noí] muy grande — los billetes *[Noten]* son un equilibrio con los dineros — ordenar todo lo que sea necesario — billetes *[Noten]* para el alivio de la miseria [Noí] más grande — pago de relaciones de fortuna — tenía que ir por la vida con la ciudad — la fábrica de billetes debería estar sobre nuestro suelo — debería pagar con ello eternamente a cuatro señores — sería una gran pérdida morir un año antes de lo necesario, etcétera.

267 Podemos darnos por satisfechos con este fragmento de un análisis original considerablemente más extenso. Creo que es claro de dónde proviene el concepto de «fábrica de billetes»: los *billetes* [No*ten]* alivian la *miseria* [Noí]. De este modo se ha creado nuevamente una de esas unidades sonoro-simbólicas que suelen aparecer en el sueño. Así, un complejo ha asimilado al otro; en las palabras *Not* y *Note* se han condensado ambos complejos, de tal modo que un concepto siempre contiene al otro, sin que por ello la lengua otorgue un derecho a una fusión conceptual de esta especie. Pero precisamente es característico del pensamiento onírico que las similitudes más banales den lugar a condensaciones. También en las personas normales dos complejos que existen simultáneamente siempre se fusionan, especialmente en el sueño, donde el *tertium comparationis* puede ser cualquier similitud totalmente superficial. El complejo del dinero y el complejo de la miseria de la paciente son dos complejos que por su contenido se encuentran muy cerca; ya sólo por este motivo deben fusionarse. La miseria [Noí] y los billetes [Note] adquieren un significado adicional de contenido además de su significado como asociación sonora. Como sabe todo psiquiatra, este tipo de pensa-

miento lo encontramos no solamente en la *dementia praecox,* sino también en muchas otras explicaciones oscuras. Remito, por ejemplo, a las interpretaciones místicas del nombre «Napoleón».

268 6. *Oeleum-.* pertenece al título «eterno» — es para una edad avanzada — cuando yo muera se acabará todo el título, todo se acabará — es una especie de duración prolongada del oficio de la vida — *Oeleum* sirve para prolongar — me pertenece, pero no sé de qué está compuesto — se comprueba la edad — ya desde 1886.

269 *Oeleum* parece ser una especie de elixir de la vida que debe alargar la preciosa existencia de la paciente. La expresión «duración del oficio de la vida» es un pleonasmo característico del lenguaje de la paciente. Allí radica sobre todo el pensamiento impreciso que acopla dos conceptos totalmente distintos, y acto seguido muestra la declarada tendencia de la paciente a expresarse del modo más ilustrado posible («lengua administrativa»), algo que es característico en muchas personas normales que intentan darse un aire especialmente importante. (¡Informes policiales!) El estilo recargado de la burocracia o del periodista con una formación media puede en ocasiones mostrar frutos similares. Estas personas normales tienen en común con la paciente la ambición de ser importantes. Desconozco de dónde proviene la palabra *oeleum.* La paciente afirma haberla escuchado de las voces. (Al igual que «monopolio».) Muchas veces estos productos deben su surgimiento a coincidencias azarosas. (Compárese con «japonés pecador».)

270 7. *Hufeland* (estereotipo: «yo compruebo un millón de Hufelands a la izquierda», etc.): el que pertenece a Hufeland es universal, millonario — un lunes entre las once y las doce estaba durmiendo y comprobé un millón de Hufelands a la izquierda, la última astilla de tierra en la colina, arriba — para eso se necesitan los atributos más elevados — inteligencia — muchas personas se enferman a sí mismas, esto es una gran pérdida — como es sabido uno de los médicos más famosos, que comprueba lo que es verdadero en la vida — siete octavos se enferman a sí mismos por cuestiones imprudentes — el millón pertenece al ámbito de la distinción del millón — un millón en la última astilla de tierra — usted también tiene dos caras, señor doctor, se trata ahora de la izquierda — se me tendría que haber pagado un millón — esto es extraordinario — las personas vacías e inútiles no pertenecen aquí — el dinero siempre va a parar a las manos equivocadas — éstos son los enemigos mortales de Hufeland, los vacíos, inútiles, imprudentes — Hufeland es extraordinariamente célebre a nivel mundial — ser Hufeland es algo *tan* poderoso; para sentirse totalmente sano o totalmente enfermo la fuerza de voluntad hace *tanto* — es necesaria la esencia suprema

de la humanidad para ser Hufeland — quizá usted no pertenezca a Hufeland, señor doctor — Hufeland no tiene ninguna relación con la crueldad, no con el tiempo actual — me han quitado también unas enaguas — y solamente dos mantas, esto es antihufeland *[unhufeland],* esto es asesinado, cuando a uno lo enferman con brutalidad — una vez tuve un fragmento suyo, es maravilloso leerlo, cómo entiende cada hebra de la vida — soy Hufeland — a Hufeland no pertenece crueldad alguna.

271 La paciente es «Hufeland»; conocemos su uso lingüístico y por eso sabemos que esto quiere decir tanto como que en sus relaciones existe algo que se puede expresar simbólicamente mediante «Hufeland». Alguna vez leyó sobre Hufeland y sabe por tanto que Hufeland fue un célebre médico. Conoce probablemente su *Macrobiótica* («la fuerza de voluntad hace tanto»). Es «antihufeland» que le hayan quitado unas enaguas y que le hayan dado solamente dos mantas. De este modo se constipará; esto sucede por indicación médica. Sólo un mal médico, que por tanto no es un «Hufeland», puede prescribir algo así. El médico era yo, por eso sin duda dice: «usted también tiene dos caras, señor doctor — quizá usted no pertenezca a Hufeland, señor doctor». El adjetivo «antihufeland» *[unhufeland]* es muy llamativo, posee el significado de «no acorde con Hufeland». Por tanto, utiliza la palabra «Hufeland» exactamente como un *terminus technicus,* al igual que el cirujano dice: «Haremos aquí un *Bier»* (esto es, un restaño de Bier) o un *Bassini* (esto es, una operación bassiniana), o como el psiquiatra dice: «Esto es un *Ganser»* o «este síntoma da la impresión de un *Ganser»* (esto es, complejo de síntomas ganserianos). Por eso, en el caso de «antihufeland» *[unhufeland]* sólo el prefijo *«anti-»* es realmente una construcción patológica. Las numerosas quejas de la paciente acerca de un tratamiento incorrecto, «cruel», nos permiten pensar que desea a un Hufeland como médico. Este pensamiento también queda claramente expresado en la medida en que ella se designa a sí misma como Hufeland; una metonimia de este tipo no sería, como ya hemos visto, algo inesperado. A la idea de un tratamiento malo y perjudicial para la salud siempre está asociada la idea del «pago», que la paciente concibe evidentemente como una especie de indemnización. Ella no se enferma a sí misma, como los siete octavos restantes, sino que es conducida «brutalmente» a ese estado. Probablemente por eso habría que pagarle un millón. Con esto nos acercamos al sentido de su estereotipo: «comprobé un millón de Hufeland a la izquierda, la última astilla de tierra», etc. No he podido aclarar lo que significa aquí «izquierda». A partir de un vasto análisis, que no quiero reproducir aquí en su totalidad, se ha demostrado con bastante proba-

bilidad que «astilla» es una «barra de madera» sobre una colina de tierra, que significa el «final último», esto es, una metáfora de la sepultura. Aquí nos topamos nuevamente como (de manera implícita) en *Oeleurn* con el complejo de la ansiedad ante la muerte. La *Macrobiótica* es por ello otro matiz en el concepto «Hufeland». El estereotipo «comprobé un millón de Hufeland a la izquierda, la última astilla de tierra en la colina, arriba» podría por tanto ser una condensación («elipsis») originariamente metafórica y paralógica de la frase: *Por el mal tratamiento médico que tengo que soportar aquí y con el que se me tortura hasta la muerte tengo derecho a exigir una alta indemnización.*

m 8. *Gessler* (estereotipo: «Yo sufro bajo Gessler»): el sombrero de Gessler está plantado allí abajo, lo he visto en el sueño — Gessler es el tirano más grande — yo padezco bajo Gessler, por eso Guillermo Tell es la tragedia más grande del mundo por personalidades como la de Gessler — quisiera detallarle lo que le ha exigido al pueblo — les exige a las personas que tengan siempre la misma *ropa interior,* las mismas ropas y nunca un céntimo — él ha estado siempre a favor de la guerra, del combate — todas crueldades que legitiman estos combates — los originan — Yo sufro bajo Gessler, es un tirano, son personas que resultan totalmente inadmisibles, de una insensatez desnaturalizada y una crueldad sangrienta. Durante tres cuartas partes del año tendría que haber tenido un resguardo del vestido — pero no me lo han dado, éste es Gessler, sí Gessler — crueldad sangrienta.

273 La paciente vuelve a utilizar «Gessler», al igual que hizo con «Hufeland», como *terminus technicus* para describir las pequeñas molestias de la vida cotidiana del hospital bajo las que se imagina padecer. El *tertium comparationis* que ha aportado esta metáfora de *Guillermo Tell* es la humillación a la que Gessler somete al pueblo. Es interesante ver cómo este pensamiento se condensa inmediatamente con los disgustos personales de la paciente: Gessler no sólo le exige a las personas que saluden a su sombrero plantado, sino «que tengan siempre la misma *ropa interior,* las mismas ropas». Por tanto, la paciente asimila completamente la escena de *Guillermo Tell* a sus propios complejos.

274 9. *La campana de Schiller* (estereotipo: «Soy la campana de Schiller y el monopolio»): esto es por tanto — como campana de Schiller también soy el monopolio — la campana de Schiller necesita asistencia inmediata — el que ha alcanzado esto, necesita ayuda inmediata — pertenece al título más elevado del mundo — incluye dentro de sí la mayor cosa definitiva — necesita asistencia inmediata. Porque todos los que la comprueban están al final de la vida y se han agotado con el trabajo, es necesaria la asistencia inme-

diata. Schiller es el poeta más célebre — por ejemplo, Guillermo Tell es la tragedia más grande — yo sufro bajo Gessler — es mundialmente célebre el poema «La campana» — esto lo comprueba también toda la creación — creación del mundo — éste es el final más grande. La campana de Schiller es la creación — la cosa definitiva más grande — es un pedestal estatal — el mundo debería estar ahora en las mejores condiciones — *hemos intentado todo con tanta practicidad y tanto trabajo. La campana de Schiller es la creación — el trabajo de grandes maestros — se ha ayudado al mundo a salir de su miseria* — debería estar en las mejores condiciones.

275 Como se puede ver con claridad, el *tertium comparationis* es la *grandiosidad de la obra-,* la obra maestra de Schiller es «La campana»; la paciente también ha creado lo más grande, esto es, algo similar a «La campana» de Schiller. De acuerdo a su conocido uso del pensamiento y del lenguaje se produce inmediatamente una condensación y la paciente *es* «La campana» de Schiller. Dado que la paciente ha creado su obra más grande y visible («se ha ayudado al mundo a salir de su miseria»), no puede seguirle nada más grande, además de que se encuentra en una edad avanzada; por eso no sorprende que aquí haga su entrada el complejo de expectación de la muerte (que por otra parte también juega un papel bastante significativo en las personas normales) y que avance hacia una «asistencia inmediata», bajo la cual se entiende naturalmente el pago. Menciono aquí como *intermezzo* instructivo que la paciente se toma a mal que el anterior director, el profesor Forel, no le haya «pagado». En un análisis señala: «También he visto en un sueño cómo el señor Forel fue alcanzado por una bala — eso le ha valido la muerte — esto es horriblemente tonto — no se avanza siempre así cuando se ha comprobado la fábrica de billetes». La paciente se deshace sin más de sus enemigos en el sueño haciéndolos matar a tiros. No cito este sueño solamente porque revista interés para la psicología de nuestra paciente, sino porque es típico del modo en que los normales y los enfermos se deshacen en los sueños de las personas que les resultan incómodas. Siempre volvemos a comprobar este modo de actuar en nuestros análisis de los sueños.

276 Me doy por satisfecho con estos nueve análisis. Deberían bastar para iluminar los complejos de la paciente en los que se acentúa el disgusto. Juegan un papel importante sus padecimientos físicos, el «sistema de quejas», la «invalidez», etc. Pero luego se expresan en las estereotipias los siguientes pensamientos: sufre por las normas de los médicos y por el trato por parte del personal de enfermería; no es reconocida; no se premian sus logros, aunque haya creado las cosas más excelsas. El complejo de expectación de la muerte

tiene gran importancia para la determinación de diferentes estereotipos que ella intenta apaciguar en la medida en que «comprueba» un elixir de vida. Tomemos a una persona con un vivo amor propio, que por algún motivo se ve empujada a una situación similar absolutamente desesperanzada y aniquiladora de la moralidad: esta persona soñará cosas similares. Toda persona pasional y con aspiraciones tiene, junto a las horas de una osada confianza en sí misma, momentos de desesperación y de temores en los cuales el reverso de sus esperanzas se desploma abrumadoramente sobre ella. El perjuicio suele ser por ello la compensación más usual de la presunción, y en muy raras ocasiones encontramos el uno sin la otra.

c) El complejo sexual

277 Los análisis emprendidos hasta el momento nos muestran principalmente el anverso y el reverso de la ambición social, y hasta ahora no nos hemos topado con los fenómenos más frecuentes y comunes, a saber: los de la sexualidad. En un caso con un simbolismo del complejo conformado con tanta riqueza no puede faltar el complejo sexual. Está efectivamente presente y configurado hasta el detalle, como mostrarán los análisis siguientes.

278 1. *Estuardo:* Tengo el honor de ser una Estuardo — está así descrito — en una ocasión, al tocarlo, el doctor B. dijo: la han decapitado — Estuardo, emperatriz Alejandro, von Escher, von Muralt — ésta es nuevamente la tragedia más grande del mundo — nuestra altísima divinidad en el cielo, el señor romano St.[183] se ha pronunciado, con una expresión de inmenso dolor y gran exasperación por el más atroz sentido del mundo, donde se persigue a personas inocentes por su vida — mi hermana mayor tuvo que venir inocentemente hacia aquí [desde América] para morir — luego he visto su cabeza al lado de la divinidad romana en el cielo — es realmente atroz que siempre salga a la luz un mundo así, donde se persigue a personas inocentes por su vida — la señorita S. me ha causado la tuberculosis — pude ver cómo yacía en el coche fúnebre y además a una señora Sch. junto a ella, que evidentemente tenía la culpa de que yo tuviera que ingresar aquí — increíble que no se libere al mundo de monstruos así. María Estuardo también fue una desdichada que tuvo que morir inocente.

279 La última frase del análisis aclara por qué la paciente llega a condensarse con María Estuardo: se trata de nuevo solamente de una analogía. La señorita S. es una paciente del hospital con la que nues-

183. Apellido de la paciente.

tra paciente ha acabado mal. Por eso termina, como la otra persona culpable del ingreso de la paciente, en el «coche fúnebre». En este caso es indiferente que se trate de una idea demencial, de un sueño o de una alucinación; es el mismo mecanismo que vimos más arriba (Forel). Una figura curiosa en este análisis es «el señor romano St., nuestra altísima divinidad en el cielo». Ya hemos visto más arriba que la paciente se atribuye a sí misma el título de «Dios»; por tanto, en este sentido subsiste una asociación fija con el concepto de divinidad. Y aquí aparece otro eslabón: la suprema divinidad se llama «St.»; éste es también el apellido de la paciente. El predicado de «romano» podría deberse a una vaga analogía con el «papa». La divinidad es, como el papa, de sexo masculino y se distingue por ello de la paciente como «Dios». Junto a la divinidad masculina (cuyo nombre expresa evidentemente un parentesco íntimo con su familia) ella ve la cabeza de su difunta hermana, una imagen que recuerda un poco a dos divinidades paganas, Júpiter y Juno. Por tanto, ella más o menos *casa* a su hermana con el Señor Divino St. Esto no parece ser más que una analogía, un presagio de su propia ascensión al cielo, en donde se transforma en la reina del cielo que no es indiferente al género: María, la madre de Dios. Una «sublimación» de esta especie, llena de necesidades terrenales de matrimonio, es un juguete apreciado por el sueño femenino desde las más remotas épocas cristianas. Desde la interpretación cristiana del *Cantar de los cantares* hasta los secretos éxtasis de santa Catalina de Siena y la boda de la Hannele de Hauptmann, siempre es el mismo tema: el preludio en el cielo de una comedia terrenal. Este tipo de representaciones de los complejos propios por parte de actores extraños en el sueño es algo que tampoco ignoran los investigadores del sueño que nada quieren saber de Freud, y también se lo conoce en la psicopatología como *transitivismo.* Expongo la hipótesis expresada más arriba como una suposición y espero que se confirme con los siguientes análisis.

280 2. Estereotipo: «Vengo primero desde la ciudad con el sordomudo señor W. *y* encima con Uster». Por ejemplo, vengo primero desde la ciudad con el sordomudo señor W. — usted va aquí con la señora W. Uster — yo soy Uster — para evitar equívocos le comunico quién debe conservar mis rasgos de interés de Uster — un señor Grimm — Uster, Jud, Ith y Guggenbiihl deben conservar mis rasgos de interés — Vengo primero desde la ciudad con el sordomudo señor W. y encima con Uster — éste es el mismo rasgo de interés — esto es equilibrio con el rasgo de interés de Uster. Compruebo las iglesias en la ciudad para atesorar los dineros. El señor K. en M. administra mi dinero en San Pedro, allí veo cómo el sordomudo señor W. cruza la plaza de San Pedro — en un sueño, un domingo,

mientras dormía. El señor W. sabe dar explicaciones del último céntimo que me pertenece. El señor W. pertenece a la ciudad y no a Uster — vengo primero desde la ciudad con el sordomudo señor W. y encima con Uster — esto es doble equilibrio.

281 Naturalmente que la paciente se refiere a Zúrich cuando habla de una ciudad; Uster es una pequeña y rica ciudad industrial de las cercanías de Zúrich. El señor W. es una persona que desconozco. No puedo agregar nada más de sus datos personales. El contenido central del análisis se encuentra en las tres primeras oraciones. El señor W. «sabe dar explicaciones del último céntimo» de la paciente. Por tanto, este personaje se encuentra en su sueño firmemente asociado con sus riquezas y, según parece por el análisis anterior, especialmente a sus sumas depositadas en las iglesias de Zúrich. (En una ocasión soñó que la iglesia de San Pedro estaba llena hasta el techo de monedas de cinco francos para ella.) A estas riquezas se opone «Uster». Ya sabemos que la paciente «comprueba» todo aquello que le agrada: toda bella mansión, los grandes almacenes de la ciudad y, entre otras cosas, también toda la Bahnhofstrasse de Chur. No sorprende por tanto que también compruebe las fábricas rentables de Uster. Por eso dice: «Soy Uster». (Además dice: «Soy Chur».) Posteriormente la paciente me dijo: «Usted [relator] va con la señora W. Uster — yo soy Uster». La cuestión queda clara: *da a entender que está casada con el señor W.* Por medio de este casamiento junta las riquezas de Zúrich y Uster. — «Esto es doble equilibrio con el rasgo de interés de Uster». Remito a la utilización anterior de «doble», que en aquella ocasión había permanecido ininteligible. Aquí le podemos atribuir un sentido más satisfactorio y erótico. El casamiento, que en el análisis anterior se insinuaba meramente bajo símbolos trascendentes, se encuentra consumado aquí de modo bastante prosaico. Pero siguen faltando los verdaderos símbolos sexuales, los símbolos grotescos (como me gusta llamarlos). Los encontraremos en el análisis siguiente.

282 3. *Anfi.* Esta palabra aparece pocas veces, por ejemplo en la forma: «Señor doctor, de nuevo hay demasiado anfi». La paciente deriva confusamente la palabra de «anfibio». Cuando se queja ocasionalmente de las molestias nocturnas debidas a anfi y se le pregunta por ello, dice algo sobre un «animal que se escabulle», que «devora el suelo»; pero nunca se sabe en qué la perjudica anfi.

283 Anfi — esto se expresa en erizo — así de ancho y así de largo [enseña menos de un pie de largo y bastante menos de ancho] — una mañana, el señor Zuppinger, mediante salchichas de cerdo fritas — pero ahora no sé si los señores quieren traer al mundo un animal así — esto lo he comprobado por las salchichas de cerdo fritas

— siempre escucho: esto es demasiado anfi — el animal se ha vuelto tan grande, quizá por equivocación — debe encontrarse en la deposición [defecación] — en lugar de la fábrica en S. había un edificio para anfi — para producciones — he visto en un sueño que en la Weggengasse ponía un cartel: «Solamente en el caso de una mesa muy llena después de la cena» — nunca había visto una producción así — requiere un gran edificio — se estaba como en el teatro — allí arriba — pienso que los animales de muchos ámbitos llegarán al lenguaje. Anfi expresa esto, que los animales probablemente tengan entendimiento humano — pueden hacerse entender como los humanos — son anfibios, serpientes y otros por el estilo — *el erizo es tan largo* (enseña con las manos el largo, que no llega a un pie) *y el domingo por la mañana se arrastró hasta el pozo* — sí, el señor Zuppinger — *esto fue por salchichas de cerdo para freír.* El señor Zuppinger ha comido salchichas de cerdo fritas. En una ocasión, al comprobar en un sueño mis miles de millones, *se me acercó una pequeña serpiente verde hasta la boca* — ésta tenía la intención más amable y encantadora, como si poseyera entendimiento humano, como si quisiera decirme algo — justamente, *como si hubiese querido besarme.* (En el momento de «la pequeña serpiente verde» aparecen vivaces síntomas afectivos, enrojecimiento y sonrisa avergonzada.)

284 Del particular contenido de este material no habría que derivar sin más lo que se pretende decir con «anfi». Anfi es evidentemente un animal de *forma alargada^* se arrastra, está asociado a anfibios, serpientes, erizos, probablemente también a «salchichas de cerdo fritas». Anfi también está asociado a «señores» («si los señores quieren traer al mundo un animal así») y sobre todo (por medio de las «salchichas de cerdo fritas») al «señor Zuppinger» (del que no pude averiguar nada más a través de la paciente). La comparación de dos pasajes podría ser especialmente útil para la explicación:

El erizo es tan largo y el domingo por la mañana *se arrastró hasta el pozo* — sí, el *señor Zuppinger* — esto fue por las *salchichas de cerdo fritas* — El señor Zuppinger *ha comido salchichas de cerdo fritas.*

En una ocasión, al comprobar en un sueño mis miles de millones, *se me acercó una pequeña serpiente verde hasta la boca* — ésta tenía la intención más amable y encantadora, como si poseyera entendimiento humano, como si quisiera decirme algo — justamente, *como si hubiese querido besarme.*

285 No resulta difícil para el sueño condensar dos objetos externos similares o al menos colocarlos en una relación analógica. Una analogía de este tipo parece ser la establecida entre la serpiente que besa y el comer las salchichas de cerdo fritas. El «besar» (un afecto muy vivaz en la paciente) le otorga a esta analogía la inequívoca nota sexual. Si uno se representa plásticamente el proceso en el que la serpiente se arrastra hasta la boca para besarla, lo que llama inmediatamente la atención es la simbología del coito. De acuerdo con el conocido mecanismo freudiano del «desplazamiento de lo inferior a lo superior», es muy apreciada esta localización y desviación de la acción del coito que ya pudimos demostrar con Freud en numerosos sueños patológicos y normales[184]. Si el símbolo del coito se localiza en la boca, la representación confusa del sueño se esfuma fácilmente en dirección a la comida, por lo cual este acto se incluye frecuentemente en el simbolismo del coito[185]. Es fácilmente comprensible que bajo esta constelación la serpiente se convierta en una salchicha frita que es comida («salchicha» se utiliza desde hace tiempo como símbolo del pene en el uso vulgar). Por eso el «comer» debe colocarse en analogía con el «besar». El *erizo* juega un papel sobre todo como animal *alargado-,* además está también evidentemente unido a los restantes «animales del complejo» por su coexistencia lingüística. Que el erizo «se arrastre» hasta el pozo parece hablar también a favor del influjo de la representación de la serpiente. La *boca* está representada por el *pozo.* «Boca» como símbolo sexual es comprensible si se acepta el «desplazamiento de lo inferior a lo superior»; en «pozo», se supone que no se produce un desvío, sino meramente una designación inapropiada y metafórica debido a la conocida analogía que ya utilizaban los antiguos en sus figuras del pozo.

286 Aquí nos encontramos pues con los símbolos «grotescamente sexuales» que hasta ahora habíamos echado en falta y que en otros casos son extraordinariamente frecuentes. Desde esta base pueden comprenderse sin mayores dificultades algunos detalles de las asociaciones anteriores: que «Anfi» tenga entendimiento humano no resulta curioso suponiendo que representa al hombre. Igualmente puede comprenderse por qué el animal se encuentra «en la deposición» (defecación). Seguramente nos encontramos ante una vaga analogía con el gusano intestinal; pero lo esencial es la localización del símbolo, esto es, en la *cloaca* (Freud), que otro símbolo ya ha expresado como «pozo». La oscura frase «solo en una mesa muy concurrida después de la cena» pertenece seguramente al ámbito del

184. Cf. por ejemplo *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.
185. También para esto cf. *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.

simbolismo sexual de la comida: después de una «buena cena» es sabido que viene la noche de bodas. Como vieja soltera la paciente puede decir tranquilamente: «Nunca he visto una producción así». En el caso de «teatro» y «animales de todos los ámbitos» se tiene la sensación de que repentinamente la representación pone en escena una «exhibición de fieras». El lugar «fábrica en S.» así lo indica, pues S. es una localidad cercana a Zúrich donde habitualmente se encuentran exposiciones de fieras, tiovivos, etc.

287 4. *María Teresa:* Desde 1886 pertenezco a la sinagoga de la Lówenstrasse, soy una judía desde 1886 — propietaria del mundo — soy por tanto cada una de las tres emperatrices — soy tanto María Teresa como von Planta — esto es definitivo. En el sueño estuve en una mesa con tortillas y pasas de ciruelas — luego había un dique con megáfonos dentro — luego había allí cuatro caballos con bigotes sobre las colas — estaban junto a los megáfonos — esto ya legitima al tercer emperador — soy el emperador Franz en el centro de Viena — a pesar de todo soy una mujerzuela — mi Liesel se levanta temprano y canta — esto es también allí — cada caballo estaba junto a una bocina —. (La paciente realiza ahora repentinamente el gesto del *abrazo* y cuando se le pregunta contesta que en un sueño era como si un señor la hubiera tomado en brazos.)

288 Como ninguno de los anteriores análisis, éste estuvo constantemente interrumpido por bloqueos (privaciones del pensamiento) y estereotipias motoras (abrazar), por lo que puede concluirse que afecta de modo especialmente fuerte a los pensamientos reprimidos. Por ejemplo, la paciente describía durante largos intervalos pequeños círculos en el aire con su dedo índice: tenía que «detallar los megáfonos». O dibujaba pequeñas medias lunas con ambas manos: éstos eran «los bigotes». Además, el «teléfono» hacía frecuentemente comentarios irónicos, algo sobre lo que volveremos en su contexto.

289 Por «María Teresa» la paciente entiende evidentemente una cualidad especial de su grandiosidad. Esta parte del análisis ya no nos interesa. Luego viene una peculiar visión del sueño, que se cierra con «soy el emperador Franz», etc. El emperador Franz era el esposo de María Teresa. La paciente es María Teresa y al mismo tiempo el emperador Franz, aunque en realidad sea «una mujerzuela». Ella condensa, por tanto, la relación de estas dos personas en la suya, lo que con su oscuro uso del lenguaje probablemente significa sencillamente que las dos personas tienen entre sí una relación que posee cierta similitud con las relaciones de la paciente. Se encuentra muy cerca la relación erótica, esto es, el deseo de tener un marido distinguido. Que lo erótico es lo más probable también se desprende de que la asociación inmediatamente posterior es la

canción erótica: «mi Liesel se levanta temprano», etc. Esta canción coloca a la paciente en una relación inmediata con los caballos, «que están junto a los megáfonos». En los sueños, los caballos, igual que los toros, perros y gatos, son frecuentemente símbolos sexuales porque son aquellos animales ante los que resulta más fácil presenciar sucesos grotescamente sexuales, que incluso llaman la atención a los niños. La paciente también relaciona a los caballos con el «emperador Franz». A partir de esto estaría justificada la sospecha de un significado erótico. Los caballos tienen «bigotes sobre sus colas»; este símbolo podría representar los genitales masculinos, y con ello quedaría explicada la relación con el «emperador Franz», el marido simbólico. Cada caballo se encuentra «junto a un megáfono» en un «dique». Me he esforzado por descubrir si la paciente está al tanto del significado anatómico de la palabra *Damm* [perineo]; pero no conseguí llegar a la meta sin preguntas sugestivas. Por tanto, tuve que dejar la pregunta en suspenso. De todos modos, dada la buena formación de la paciente, no queda excluido que conozca el significado de *Damm.* ¡El sentido de los «megáfonos» estaría más que claro! La situación adopta un final inequívocamente erótico con el gesto del abrazo y la mención del sueño sexual, final que aclara muchas cosas en el oscuro simbolismo de las imágenes precedentes.

290 5. *Emperatriz Alejandro-.* Esto manifiesta a von Escher y von Muralt — propietaria del mundo — como emperatriz Alejandro seré la propietaria de la isla de plata — una señora F. dijo que debía mandarle 100.000 millones a la familia rusa de los zares — he ordenado que se haga dinero exclusivamente de la isla de plata — soy tres emperatrices, von Stuart, von Muralt, von Planta y von Kugler — porque soy la propietaria del mundo soy la emperatriz Alejandro — soy tres Excelencias. Soy la rusa suprema — cátedra *[Katheder],* cartuja *[Chartreuse], Schatedral,* carro *[Karreaü]* — he visto un carro con caballos blancos sobre la colina — bajo la piel tenían una medialuna, como ricitos — tenían hambre — el emperador von Muralt también estuvo allí arriba — me he prometido con él, en el sueño — esto son rusos, esto fue un ataque bélico — sobre el carro caballos había señores como el señor Sch en U. con largas lanzas — como un ataque bélico.

291 Las primeras asociaciones hacen referencia nuevamente a ideas megalomaníacas. La peculiar serie de asociaciones sonoras *(Katheder, Chartreuse,* etc.) conduce al carro de caballos blancos que, si bien no tienen bigotes en forma de medialuna sobre las colas, sí poseen «medias lunas» bajo la piel, «como ricitos»; podría tratarse nuevamente de un símbolo sexual parecido, aunque mejor escondido. Los caballos tienen *hambre-,* muy cerca se encuentra la asociación

«comer». El «hambre» apunta hacia un instinto, quizá el instinto sexual[186]. Ahora la asociación no se extiende, como en el análisis anterior, al marido simbólico «emperador Franz», sino a un sinónimo igualmente distinguido: «emperador von Muralt». El paso asociativo va de nuevo desde los caballos hacia el hombre; pero esta vez la relación sexual con el hombre se vuelve inequívoca, ya que la paciente dice que se *comprometió* con el «emperador von Muralt». Ahora también los caballos adoptan un atributo característico: son montados por señores con «largas lanzas — como un ataque bélico». Quien haya analizado sueños alguna vez sabe que en el caso de las mujeres, las figuras masculinas que irrumpen por la noche en la habitación armadas de puñal, espada, lanza o revólver son sin excepciones símbolos sexuales, en donde el arma punzante que hiere representa el símbolo del pene. Este simbolismo del sueño aparece una y otra vez en personas sanas y enfermas. Hace poco llegó una muchacha (tomo el caso más cercano) a la policlínica que había tenido que romper una relación amorosa por obedecer a sus padres. A causa de ello, enfermó de depresión con esporádicos estados de excitación sexual. Por la noche sufría pesadillas estereotípicas en las que siempre entraba «alguien» a la habitación y la hería en el pecho con una larga lanza. En otro caso, muy similar a éste, la paciente siempre soñaba que caminaba por la noche en la calle, donde la acechaba un hombre que le disparaba con un revólver en la pierna. En la *dementia praecox* no es extraña la alucinación afectiva del cuchillo, que elabora el tema de los genitales. A partir de esta explicación se desprendería el significado sexual de los caballos tanto en este análisis como en el anterior, también el significado del «ataque bélico». El tránsito de la asociación hacia los «rusos» no es algo tan remoto, ya que si bien la caballería con lanzas es un fenómeno desconocido en la Suiza actual, los «rusos», especialmente los cosacos de Suvorov, son figuras todavía vivas en la tradición popular desde los días de la batalla de Zúrich (1799), a las que se unen muchas reminiscencias de la generación más vieja. El «ataque bélico» podría probablemente ser un sinónimo del abrazo en el análisis precedente: el pensamiento de la actividad masculina quizá se esconda también detrás del «hambre». Este análisis coincide en su contenido totalmente con el anterior, por lo cual han cambiado meramente los símbolos lingüísticos y metafóricos.

292 Los análisis llevados a cabo hasta el momento se han ocupado del enamoramiento, la boda y el coito. La paciente ha soñado plás-

186. Recuérdese el símbolo sexual del «perro hambriento» en *Estudios diagnósticos de asociación,* VIII.

ticamente hasta el detalle la fiesta de casamiento; lo resume en los siguientes términos: «soy el milagro lila-rojo del mar y lo azul». Renuncio a exponer esta imagen del sueño para no prolongar hasta el infinito estos análisis ya de por sí extensos. (Las fiestas de boda constituyen un material con el que se podría llenar unos diez folios de letra pequeña.) Ahora sólo faltan los *niños* resultantes de la unión sexual; aparecen en los siguientes análisis:

293 6. *Bazar:* bazar doble — compruebo dos bazares — W. Bazar en la Bahnhofstrasse y otro en la Wühre — trabajos femeninos — los más bellos objetos de chapa, de cristal, todos los adornos, jabones de baño, monederos, etc. *El señor Zuppinger se me ha escapado de la boca como un muñequito,* una vez en el sueño — no tenía uniforme, pero los otros tenían uniformes militares — son zares, los hijos del altísimo de Rusia, presentados como *zares,* por eso la palabra *bazar.* Los bazares son negocios extraordinariamente buenos — los zares son uniformados en estos negocios, perciben sus ingresos de estos bazares, *porque son hijos del propietario y de la propietaria del mundo. También me ha saltado de la boca una niña pequeña, con vestidito marrón y un delantalito negro — la hijita,* me ha sido deparada — ¡ay, Dios! la representación — es la representación, *el final del manicomio me ha salido de la boca* — la hijita ha salido disparada de la boca hasta el final del hospital — está algo inválida, remendada con retazos — pertenece a un bazar — sabe usted que estos negocios tienen grandes ingresos. Yo he sido la primera en venir, como doble, como única propietaria del mundo, al principio con el sordomudo señor Wegmann desde la ciudad y luego con Usier — soy el bazar doble. (En una repetición parcial del análisis la paciente reconocía: «Ambos niños parecen muñecos, tienen este nombre del bazar».)

294 Como muestra el contenido de este análisis, no cabe duda alguna de que la demencia de la paciente también ha engendrado hijos. Son especialmente interesantes los pormenores y las determinaciones de esta creación demencial. A continuación de una enumeración detallada del contenido de un escaparate de bazar (aquí apenas esbozada), la paciente menciona que en el sueño «el señor Zuppinger le ha salido de la boca como un *muñequito».* Recuérdese el análisis 3 de esta sección, donde el «señor Zuppinger» está fuertemente asociado a todo tipo de símbolos sexuales. Aquí parece tratarse solamente de la consecuencia de estas relaciones demenciales. El modo peculiar de exposición que usa la paciente es histórico en ella. Ya en 1897, en su historia clínica, se anota que el profesor de secundaria venerado por ella en aquel entonces, el doctor D., le «ha salido por la boca», esto es, «el pequeño D.... ito, el hijo del

emperador Barbarroja». El doctor D. tenía una barba algo pelirroja, lo que sugirió la construcción de «Barbarroja». El ascenso a la posición de emperador, probablemente un símbolo del aprecio, parece haberse extendido, al igual que la veneración, al sucesor del doctor D., el doctor von Muralt. (El emperador von Muralt, con quien la paciente se compromete.) El pasaje anterior puede interpretarse perfectamente como el nacimiento de un hijo engendrado por el doctor D. El suceso con el «señor Zuppinger» está construido según el mismo esquema. El tipo de nacimiento, *el que el niño sea expulsado por la boca, es una confirmación evidente del «desplazamiento de abajo hacia arriba»* y respalda fuertemente nuestra suposición expresada en el análisis de «Anfi» sobre la serpiente y la boca. Que el muchachito sea el «señor Zuppinger», o que tenga algún tipo de conexión con este señor, se corresponde totalmente con el significado sexual supuesto anteriormente en el caso del señor Z. La calificación del niño como «muñequito» se explica probablemente a partir de la relación con «bazar», en cuyo escaparate a menudo se exhiben muñecos. Así como la boca es una representante del complejo de los genitales, así también el «muñeco» es el representante del complejo más inofensivo de «niño», como también ocurre en la vida cotidiana. «No tenía un uniforme», «son zares», etc. Estas frases parecen contener una reminiscencia del contenido del análisis 5, en donde el crítico «ataque bélico» de la caballería con lanzas se encuentra en cercana conexión asociativa con los «rusos», por eso seguramente la transición a «zar». La paciente encuentra por medio de una asociación sonora el camino de retorno a «bazar» y produce ahora una serie de ideas extremadamente ilustrativa para lo que suele ser el confuso pensamiento de la *dementia praecox*-. «Los bazares son negocios extraordinariamente buenos», «los zares perciben sus ingresos de estos bazares», por lo cual la asociación sonora zar — bazar resulta una conexión con sentido para la paciente; dice: «Los hijos del altísimo de Rusia presentados como zares, de ahí la palabra bazar». Esta estructura vuelve a ser una *contaminación.* Como todos los buenos negocios, la paciente vuelve a «comprobar» los bazares como de su propiedad. Ella es una zarina, al igual que es todas las restantes personalidades sobresalientes; la especial determinación de esta dignidad acaso vaya por el lado de la caballería con lanzas. Estos diferentes procesos de pensamiento confluyen aparentemente a causa de una asociación sonora, y así resulta que los zares se convierten en propietarios de bazares. Dado que el «ataque bélico» de la caballería con lanzas tiene el nacimiento de un hijo como consecuencia, el hijo se vuelve zar, y conforme a ello *es provisto de un bazar.*

295 La fuerte tendencia del sueño a las construcciones *análogas,* al igual que en los restantes símbolos sexuales, conduce a la construcción de un segundo nacimiento producto de la demencia: de la boca también nace una raña pequeña. Viste un «vestidito marrón» y un «delantalito negro»; la paciente suele estar vestida así. Ella percibe desde hace tiempo que esta vestimenta no le sienta bien, por lo que reclama con frecuencia un rico guardarropa y lo «comprueba» en sus sueños. Con esto se relaciona el siguiente pasaje: «Como si estuviera remendado con retazos». Pero la similitud entre madre e hija se ve coronada en la medida en que «la niña ya está algo inválida». Por tanto, tiene la misma *dolencia* que la paciente. La niña le «es dada como representación», esto es, debido a su similitud tomará en cierta medida sobre sí el destino de la paciente, por lo cual ésta es liberada de sus sufrimientos en el hospital; por eso la paciente puede decir en sentido figurado: «El final del manicomio me ha salido de la boca». En un sentido figurado diferente la paciente también dice que la niña es «la representación de Sócrates». Como se recordará, la paciente se condensa con Sócrates, ya que él, igual que ella, estuvo encarcelado y padeció injustamente; él en la cárcel, ella en el hospital. La hija asume su rol como «Sócrates», se transforma por ello en «la representación de Sócrates», con lo cual queda totalmente explicado este peculiar neologismo difícil de comprender. Para completar la analogía, la hijita obtiene como indemnización un bazar al igual que el hijo, el zar. La idea de esta doble concesión del bazar conduce a las palabras de la paciente: «Yo he sido la primera en venir como doble — soy el doble bazar». Agrega además el conocido estereotipo de Uster, que tiene un claro sentido sexual. El «doble» seguramente contenga un sentido sexual determinado de varias maneras, a saber: el sentido del *casamiento.*

296 En el transcurso ulterior de este análisis (que no transcribo en su totalidad por consideración a la brevedad) la paciente expone con más detalle el pensamiento sobre cómo cuida de sus niños y lo extiende sobre todo a sus *padres,* muertos en la pobreza. («Los padres aparecen en mí cubiertos, la madre probada en la dureza — yo me senté con ella a la mesa — tendida de blanco — con abundancia».)

d) Resumen

297 La anterior exposición nos muestra cómo la enferma, criada en tristes circunstancias familiares, en la necesidad y en el trabajo duro, crea en la enfermedad mental una estructura fantasiosa descomunalmente compleja, aparentemente confusa y absurda. El análisis, que hemos llevado a cabo exactamente igual que el análisis de un

sueño, nos brinda un material orientado según ciertos «pensamientos del sueño», esto es, según pensamientos que son fácilmente comprensibles desde un punto de vista psicológico a partir de esta personalidad y de estas circunstancias. La primera sección de los análisis describe la dolencia y sus símbolos, la segunda, los deseos y su satisfacción en imágenes y sucesos simbólicos. Finalmente, la tercera sección se refiere a los íntimos deseos eróticos y, como solución del nudo, la cesión de su poder y sus dolencias a los hijos.

298 La enferma nos describe en sus síntomas las esperanzas y los desengaños de su vida, de modo similar a como lo hace un poeta que verdaderamente crea desde un impulso interior. Sólo que el poeta, incluso en sus metáforas, habla el lenguaje del cerebro normal, por lo que la mayoría de las personas normales lo comprenden y reconocen en sus productos espirituales los retratos de sus pesares y alegrías. Nuestra enferma, por el contrario, habla en sueños: no se me ocurre una expresión mejor; la analogía más cercana a su pensamiento es el sueño normal, que utiliza los mismos mecanismos psicológicos (o al menos muy similares) y que nadie comprende cabalmente mientras no considere la analítica freudiana. El poeta crea con grandes medios expresivos y en general *conscientemente,* piensa *con una dirección-,* nuestra enferma, poco inteligente y sin formación, piensa sin una dirección concreta, en imágenes confusas y fantasmagóricas, con pobres medios expresivos. Todo esto contribuye a que el flujo de los pensamientos sea tan incomprensible. Un refrán banal dice que toda persona es inconscientemente un poeta, esto es, en el sueño. Allí convierte sus complejos en formas simbólicas, aunque en forma aforística, y rara vez se llegan a crear estructuras de mayor alcance y unidad; para eso ya se necesitarían complejos de intensidad poética o histérica. Las creaciones de nuestros enfermos son una red ampliamente dilatada, comparable por un lado con una gran poesía, y por otro con las novelas y las pinturas fantásticas de los sonámbulos. Al igual que en el poeta, en nuestros enfermos la vigilia también se encuentra llena de fantasía, mientras que en los sonámbulos la extensión y la elaboración del sistema se produce generalmente en el estado de consciencia escindido del «otro». Pero así como el sonámbulo prefiere la traducción en formas exquisitamente fantásticas y místicas, y a menudo deja que sus imágenes se desvanezcan en imperfecciones del sueño, del mismo modo nuestra enferma se expresa preferentemente con metáforas descomunales, grotescas y deformes, que como tales se acercan mucho más al sueño normal con sus características incoherencias. Nuestra enferma, por tanto, comparte con el poeta «consciente» y con el poeta «inconsciente», el sonámbulo, solamente la expansión y la construc-

ción constante de los fantasmas, mientras que la incoherencia, lo grotesco, en suma, la ausencia de todo lo bello, parece provenir del sueño de los hombres promedio. Por tanto, la psique de los enfermos se encuentra psicológicamente en el medio entre el estado mental de un soñante normal y el de un sonámbulo, pero con la diferencia de que el sueño ha sustituido en gran parte a la vigilia de modo permanente dañando gravemente la *fonction du réel,* el ajuste al entorno. He mostrado el modo en que las construcciones del sueño surgen a partir de los complejos por primera vez en un pequeño libro: *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos**. Debo remitir a esta obra, ya que implicaría mucho tiempo internarse en este ámbito especial. Flournoy[187] ha esbozado al menos las raíces del complejo en los sueños de la célebre Héléne Smith. *Considero imprescindible el conocimiento de estos fenómenos para la comprensión de los problemas discutidos aquí.*

299 *La actividad psíquica consciente de la paciente se reduce a crear sistemáticamente satisfacciones del deseo, en cierta medida como equivalente a una vida trabajosa y llena de renuncias y a los efectos depresivos de un ambiente familiar desamparado.* En cambio, la actividad psíquica inconsciente se encuentra totalmente bajo la influencia de los complejos reprimidos contrapuestos, por un lado, del complejo del perjuicio, por otro de los restos de las correcciones normales[188]. La entrada en la consciencia de fragmentos de estas series disociadas se produce principalmente bajo la forma de alucinaciones, como ha descrito Gross, y a partir de raíces psicológicas, como ha supuesto Freud.

300 Los fenómenos asociativos se corresponden con los postulados de Pelletier, Stransky y Kraepelin. La asociación se produce según un tema vago, pero sin una representación con sentido (Pelletier, Liepmann), por eso muestra todos los fenómenos del *abaissement du niveau mental* de Janet: desencadenamiento de los automatismos (privación del pensamiento, ocurrencias patológicas) y disminución de la atención. La consecuencia de la última circunstancia es la incapacidad de crear representaciones claras. Las representaciones son confusas, por eso no se produce la distinción verdadera, lo que conduce a numerosas equivocaciones —condensaciones, contaminaciones, metáforas, etc.—. Las condensaciones se producen principalmente según la ley de similitud de la imagen o del sonido, por lo que los contextos del significado quedan completamente neutralizados.

* 1902; OC 1,1.

187. *Des Indes á la planéte Mars.*

188. Cf. los Apéndices (§ 303 ss. de esta obra).

301 La transformación metafórica de los complejos arroja, por una parte, una analogía cercana al sueño normal y, por otra, a los deseos oníricos del sonambulismo histérico.

302 Así pues, el análisis de este caso de demencia paranoide confirma ampliamente los supuestos teóricos de los capítulos precedentes.

é) Apéndices

303 Para finalizar quisiera dirigir la atención hacia dos puntos especiales: primero, el *comportamiento de la expresión lingüística-,* al igual que la lengua normal, la lengua de nuestros enfermos muestra una tendencia al cambio. Los neologismos de nuestra lengua son fundamentalmente *termini technici* que sirven para designar de forma abreviada complejos campos representacionales. La formación y la adopción de los *termini* en la lengua normal suele producirse lentamente y su utilización suele estar unida a ciertos limites lógicos y de comprensibilidad. En el caso de los enfermos, este proceso de innovación y adopción lingüística suele desembocar en una aceleración e intensidad patológicas que exceden la comprensión del entorno. El modo en que se forma el término patológico guarda frecuentemente cierta similitud con los principios transformacionales de la lengua normal; remito por ejemplo al cambio de significado de «Languedoc»[189]. Existen muchos ejemplos similares en la historia de la lengua. Lamentablemente éste no es mi terreno, de modo que no puedo atreverme a rastrear más analogías. Pero tengo la impresión de que un lingüista podría realizar diversas observaciones sobre las confusiones lingüísticas de los enfermos que tendrían importancia para el cambio lingüístico-histórico normal.

304 En nuestros enfermos juegan un papel peculiar las *alucinaciones auditivas.* Durante el día tejen sus deseos en la vigilia y por la noche en los sueños. Ésta es una ocupación que evidentemente está conectada con el placer, pues se mueve en una dirección que se corresponde con las tendencias más íntimas de su personalidad. Quien piensa en una dirección determinada y restringida con tanta exclusividad y persistencia *debe reprimir todo contraste.* Sabemos que si bien en el caso de las personas normales —al menos medianamente normales—, en *personas sentimentales,* el mismo estado de ánimo puede sostenerse durante bastante tiempo, pero luego, en general de modo repentino, se ve interrumpido con un ímpetu casi elemental por la irrupción de otro círculo de pensamientos. Esto se observa a menudo en histéricos con disociación de consciencia, en donde un

189. Cf. también Henry, *Antinomies linguistiques.*

estado es reemplazado repentinamente por su contraste. El estado de contraste se anuncia frecuentemente por medio de alucinaciones u otros automatismos (véase Flournoy), al igual que todo complejo escindido suele distorsionar la actividad de otro complejo que en ese momento está actuando sobre la consciencia, lo que es comparable a las distorsiones que causa un planeta invisible en la órbita de uno visible. Cuanto más fuerte sea el complejo escindido, con tanta más intensidad se harán notar las distorsiones automáticas. Los mejores ejemplos los proporcionan las alucinaciones denominadas teleológicas, para cuya ilustración deseo aportar tres ejemplos extraídos de mi experiencia:

305 1. Un enfermo que se encontraba en el estadio inicial de una parálisis progresiva quería suicidarse, en su desesperación, tirándose por la ventana. Saltó a la repisa de la ventana y en ese instante surgió ante la ventana una claridad descomunal que lo volvió a arrojar dentro de la habitación.

306 2. Un psicópata, que a causa del infortunio había perdido el gusto por la vida, quería suicidarse inhalando gas del alumbrado a través de un grifo abierto. Inhaló gas trabajosamente durante unos instantes hasta que de pronto sintió que una pesada mano lo cogía del pecho y lo arrojaba al suelo, donde gradualmente se recuperó del susto. La alucinación había sido tan clara que al otro día pudo mostrarme el lugar donde lo habían cogido los cinco dedos.

307 3. Un estudiante judío de Rusia, que más tarde enfermó de una forma paranoide de la *dementia praecox,* me contó lo siguiente: bajo la presión de una gran miseria se decidió un día a convertirse al cristianismo, aunque era bastante ortodoxo y tenía serias reservas religiosas sobre dar este paso. Un día, tras haber vuelto a pasar hambre largo tiempo, se decidió a la conversión después de una dura lucha. Se durmió con este pensamiento. En el sueño se le apareció su difunta madre y le hizo una advertencia. Cuando despertó, lo asaltaron de nuevo los escrúpulos religiosos a causa de este sueño y no pudo decidirse a dar el paso. Así se torturó todavía durante algunas semanas, hasta que a causa de la incesante penuria volvió a pensar en la conversión, y esta vez con más energía que antes. Una noche decidió por tanto que a la mañana siguiente se inscribiría para ser bautizado. En la noche se le volvió a aparecer la madre en un sueño y le dijo: «Si te conviertes, te estrangularé». Este sueño lo asustó hasta tal punto que se apartó definitivamente de su decisión y resolvió emigrar para eludir la penuria. En este caso vemos cómo las reservas religiosas reprimidas se sirvieron del argumento simbólico más fuerte, la piedad frente a la difunta madre, y de este modo reprimieron al complejo del yo.

308 La vida psicológica de todas las épocas es rica en esta clase de ejemplos. Como es sabido, el demonio de Sócrates también jugó un papel teleológico. Recuérdese por ejemplo la anécdota según la cual el demonio le advirtió al filósofo del peligro de una piara de cerdos. (En Flournoy también se encuentran cosas de esta especie.) El sueño, ese alucinógeno de la vida normal, no es otra cosa que una exposición alucinatoria de los complejos reprimidos. Así vemos que los pensamientos escindidos tienen una clara tendencia a imponerse de modo alucinatorio a la consciencia. Por eso no debe sorprender que en nuestros enfermos todos los complejos contrapuestos que se originan en la represión actúen de modo alucinatorio sobre la consciencia. Así pues, sus voces tienen casi exclusivamente un contenido desagradable, perjudicial, al igual que las parestesias y otros fenómenos automáticos también tienen un carácter preferentemente desagradable.

309 Como es usual, en la paciente también encontramos, junto al complejo de grandeza, el del perjuicio. Pero al perjuicio también pertenece la corrección normal de las ideas megalomaníacas grotescas. *A priori* parece posible que todavía esté presente una corrección, pues por ejemplo en enfermos que se conservan mucho peor que la paciente desde un punto de visto intelectual y anímico vemos signos de una comprensión más o menos amplia de la enfermedad. La corrección contrasta naturalmente con el complejo de grandeza que ocupa totalmente la consciencia y probablemente obre de modo alucinatorio desde la represión. Éste parece ser realmente el caso; al menos algunas observaciones hablan a su favor. Cuando la paciente me comentó lo desgraciado que sería para la humanidad que ella, como propietaria del mundo, tuviese que morir antes del «pago», de pronto dijo el «teléfono»: «No estaría mal que se eligiese simplemente a otra propietaria del mundo».

310 Cuando la paciente, al intentar disociar el neologismo «millón tierra de herradura», se veía constantemente incapacitada por la privación del pensamiento y yo no lograba ver claro durante largo tiempo a causa de ello, para su disgusto sonó el «teléfono»: «El señor doctor no debe torturarse con esos asuntos». En el caso del neologismo «Záhringer», donde la paciente también tuvo que esforzarse en la disociación, el teléfono dijo: ella está turbada y por eso no puede decir nada. Cuando sostuvo durante un análisis que ella era Suiza, a lo que yo reaccioné riéndome, el teléfono dijo: «Quizá esto sea exigir demasiado». Con el neologismo «María Teresa» la paciente se encontraba especialmente impedida, de manera que tardé en llegar a comprender; la cuestión era realmente muy compleja. Se produjo el siguiente diálogo:

Teléfono: «¡Paseas al señor doctor por todo el bosque!».
Paciente: «Porque esto ha ido demasiado lejos».
Teléfono: «Es que eres demasiado lista».

311 Con el neologismo «emperador Franz» la paciente comenzó, como era usual, a susurrar, de manera que la entendía mal continuamente. Debido a ello tenía que repetir muchas frases en voz alta. Yo me puse algo nervioso y le dije con impaciencia que debía hablar más alto, ante lo cual la paciente reaccionó con bastante excitación. El teléfono dijo en ese momento: «Ahora se van a tirar mutuamente de los pelos».

312 La paciente dijo en una ocasión con énfasis: «Soy la clave de la bóveda, el monopolio y la campana de Schiller». Ante esto comentó el teléfono: eso es tan importante que las ferias anuales se llevarán una sorpresa.

313 En estos ejemplos el «teléfono» tiene el carácter de un espectador que corrige con ironía, que parece estar plenamente convencido de la nadería de los devaneos enfermizos y por eso mismo se mofa con tono de superioridad de las afirmaciones de la paciente. Este tipo de voces parece ser una autoironía personificada. A pesar de haber realizado una diligente búsqueda, lamentablemente carezco del material necesario para caracterizar detalladamente esta interesante personalidad disociada. Pero el escaso material permite al menos suponer que, junto a los complejos de grandeza y de perjuicio, existe otro complejo que ha conservado una cierta crítica normal, pero cuya reproducción se encuentra reprimida por el complejo de grandeza, de tal manera que no es posible entrar en contacto directo con él. (Es sabido que por ejemplo en el caso de los sonámbulos se puede contactar directamente con este tipo de personalidades a través de la escritura automática.)

314 Esta aparente división tripartita da que pensar no sólo a la psicología, sino también a la clínica de la *dementia praecox.* En nuestro caso, el contacto con el mundo externo está dominado por el complejo de grandeza. Esto casi podría ser una casualidad. Conocemos muchos casos en los que la reproducción está dominada por el complejo del perjuicio y en los que apenas sabemos algo de las ideas de grandeza de forma muy somera. Y finalmente existen casos en los que un cierto resto del yo más o menos normal que corrige e ironiza permanece en la superficie, mientras que los otros dos complejos tienen lugar en lo inconsciente y sólo se hacen notar de modo alucinatorio. Un caso particular puede incluso cambiar con el tiempo según este esquema. En Schreber, por ejemplo, vemos que en la convalecencia vuelve a aparecer un resto del yo corrector.

Epílogo

315 No pretendo haber ofrecido algo definitivo con mis explicaciones; este campo es demasiado vasto y todavía muy oscuro. Superaría ampliamente las fuerzas de un solo individuo realizar en el transcurso de pocos años todos aquellos trabajos experimentales previos que sólo podrían apoyar mis visiones hipotéticas. Debo contentarme con la esperanza de que el análisis bastante exhaustivo del caso que acabamos de exponer —caso que subsumimos bajo la *dementia praecox*— transmita en alguna medida al lector una representación de cómo pensamos y trabajamos. Si el lector deseara además considerar los pensamientos fundamentales y las pruebas experimentales de *Estudios diagnósticos de asociación,* quizá estaría en condiciones de formarse un cuadro unitario de los puntos de vista psicológicos desde los que observamos las modificaciones mentales patológicas de la *dementia praecox.* Soy totalmente consciente de que el caso expuesto sólo se apoya parcialmente en las opiniones expresadas en los capítulos anteriores en la medida en que en principio solamente puede aplicarse como paradigma a ciertos tipos de demencias paranoides. Aparentemente no toca los extensos campos de la catatonía y de la hebefrenia. En este sentido debo remitir al lector a las próximas colaboraciones de *Estudios diagnósticos de asociación,* que probablemente incluirán algunos trabajos experimentales sobre la psicología de la *dementia praecox.*

316 Se lo he puesto fácil a la crítica: mi trabajo contiene muchas lagunas y omisiones, por lo que pido al lector que muestre benévola indulgencia; el crítico, en cambio, debe actuar sin miramientos en interés de la verdad. Al fin y al cabo, alguien tiene que asumir la responsabilidad de haber puesto en marcha este sistema.

2

EL CONTENIDO DE LA PSICOSIS *

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN**

317 Mi pequeño escrito sobre *El contenido de la psicosis.,* cuya primera edición se publicó en los *Escritos de psicología aplicada* editados por Freud, tiene el objetivo de transmitir al público lego e ilustrado un concepto del punto de vista psicológico en la psiquiatría moderna. Elegí como paradigma ese trastorno mental que se designa como *dementia praecox* (o esquizofrenia según Bleuler). Según su número de casos, esta enfermedad representa el grupo más extenso de psicóticos que conoce la estadística psiquiátrica. Es cierto que muchos psiquiatras quisieran ver reducida esta extensión y de acuerdo a ello aplican otra denominación y clasificación. Esta denominación diferente es fútil para el punto de vista psicológico, ya que es menos valioso saber como se *llama* una cosa que saber lo que *es.* Los casos que he esbozado en este escrito son frecuentes tipos de trastornos mentales bien conocidos para el psiquiatra. No afecta al asunto si se *llama* a estos trastornos *dementia praecox* o de alguna otra manera.

318 He expuesto mi punto de vista psicológico en un escrito*** cuya validez científica ya ha sido puesta en cuestión por todos los motivos posibles. Pero me basta con la satisfacción especial de que

* Conferencia académica impartida en el Ayuntamiento de la ciudad de Zúrich el 16 de enero de 1908. Publicado como tercer cuaderno de los *Escritos de psicología aplicada,* editados por Sigmund Freud, Franz Deuticke, Leipzig y Viena, 1908. Existe una nueva edición de 1914 en la misma editorial, ampliada con un prólogo y un apéndice.

** La primera edición se publicó sin este Prólogo.

*** *Sobre la psicología de la* dementia praecox: *un ensayo.* Primer tratado de este volumen.

un psiquiatra como Bleuler haya confirmado totalmente, en una amplia monografía*, todos los puntos de vista principales de mi trabajo. Nuestra diferencia se refiere principalmente a la cuestión de si el trastorno psicológico debe ser concebido como primario o secundario en relación con el fundamento anatómico. La decisión de esta difícil cuestión depende del problema general de si el dogma dominante hasta ahora en la psiquiatría *—las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales—* es una verdad definitiva o no. Sabemos que este dogma conduce a la esterilidad absoluta tan pronto como le adjudicamos validez universal, pues indudablemente conocemos también trastornos mentales psicogénicos (llamados «histéricos») que se designan con razón como *funcionales,* en oposición a las enfermedades orgánicas, que descansan sobre modificaciones anatómicas comprobables. En realidad deberían designarse como enfermedades orgánicas sólo aquellos trastornos de la función cerebral en que los síntomas psíquicos dependen indudablemente de una enfermedad del sustrato primariamente orgánico. Este último caso no es algo que esté fuera de toda duda precisamente en el caso de la *dementia praecox.* Si bien disponemos de los hallazgos anatómicos, estamos todavía muy lejos de poder derivar de ellos los síntomas psicológicos. Incluso contamos con experiencias positivas sobre el carácter funcional de los estados iniciales de la esquizofrenia; por otra parte, el carácter orgánico de la paranoia y de muchas formas paranoides es algo más que dudoso. En estas circunstancias valdría la pena preguntarse si no pueden surgir también fenómenos secundarios de desintegración a partir de la función psicológicamente dañada. Este pensamiento solamente es incomprensible para quien introduce de contrabando el prejuicio materialista en la formación científica de la teoría. Este planteamiento tampoco descansa sobre un fundamento espiritualista e igualmente arbitrario, sino sobre la siguiente reflexión muy sencilla: en lugar de suponer que una disposición hereditaria o un agente nocivo introduce directamente un proceso orgánico de enfermedad y de esta manera ocasiona un trastorno psicológico secundario, tiendo a la visión de que en base a una disposición, cuya naturaleza en principio nos es desconocida, surge una función psicológica desajustada que, dado el caso, se transforma en un trastorno mental manifiesto y ocasiona *secundariamente* fenómenos orgánicos de desintegración. Esta concepción obedece a que no hay pruebas de la naturaleza primaria del trastorno orgánico, pero sí hay una cantidad de pruebas de la existencia de una función primaria psicológicamente deficitaria, cuya historia

* *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien.*

hay que perseguir hasta la juventud del paciente. Se ajusta muy bien a esta concepción el hecho de que la práctica analítica registre casos en los que pacientes que se hallaban en el límite de la *dementia praecox,* hayan podido ser devueltos a la vida normal.

319 Incluso si pudiesen comprobarse hallazgos anatómicos regulares o síntomas orgánicos, la ciencia no debería creer que puede abandonar el punto de vista psicológico y desistir de las indudables conexiones psicológicas como si fueran insignificantes. Si se diera por ejemplo el caso de que el carcinoma fuese una enfermedad infecciosa, aun así el proceso de crecimiento y degeneración de las células del carcinoma sería un hecho válido que es valioso en sí mismo para la investigación. Como se ha dicho, la relación entre el hallazgo anatómico y el cuadro psicológico de la enfermedad es tan laxa que resulta indispensable iluminar minuciosamente la faceta psicológica de la enfermedad, algo que hasta ahora se ha hecho poco. En el apéndice he intentado esbozar de modo general algunos planteamientos nuevos. Mi conferencia original se reproduce en esta segunda edición sin modificaciones.

Küsnacht-Zúrich

C. G. JUNG

EL CONTENIDO DE LA PSICOSIS

320 La psiquiatría es una hijastra de la medicina. Todas las restantes disciplinas de la medicina tienen una gran ventaja frente a ella: el método de las ciencias naturales. En todas las demás ramas de la medicina existen cosas visibles y palpables, se trabaja con métodos de investigación físicos y químicos, se observa en el microscopio el peligroso bacilo, el bisturí de la cirugía ya no se arredra ante ningún obstáculo anatómico y permite examinar con los propios ojos los órganos más escondidos y vitales. La psiquiatría, la ciencia de la curación del alma, sigue estando ante la puerta y busca vanamente el método exacto y ecuánime de las ciencias naturales. Si bien ya sabemos desde hace tiempo que se trata de un órgano determinado, el cerebro, solamente más allá del cerebro, más allá del fundamento anatómico aparece aquello que es importante para nosotros, a saber: el *alma*^ esa esencia indefinible desde el fondo de los tiempos, que siempre vuelve a escurrirse, incluso a la mirada más certera.

321 En siglos pasados, cuando se otorgaba sustancia al alma y se personificaba todo acaecer incomprensible en la naturaleza, se creía ver en la enfermedad mental la obra de espíritus malvados, se tenía al

enfermo por un poseído y se aplicaban los tratamientos acordes con esta concepción. No es un hecho desconocido que esta concepción medieval se sigue ocasionalmente creyendo y encuentra expresión en la actualidad. Una prueba clásica de ello es el exorcismo, que el viejo pastor Blumhardt realizó con éxito en el célebre caso de Gottliebin Dittus[1]. Pero en honor de la Edad Media hay que decir que ya pueden hallarse los signos tempranos de un sano racionalismo. Así, por ejemplo, ya en el siglo xvi se asistía a los enfermos mentales junto a los enfermos corporales en el establecimiento Julius de Wurzburgo, y su tratamiento parece haber sido realmente humano. Cuando gradualmente fue desapareciendo la personificación originariamente bárbara de las magnitudes desconocidas con la irrupción de la nueva época y el amanecer de los primeros atisbos de ciencia natural, apareció también en la concepción de la enfermedad mental un cambio a favor de una consideración más filosófico-moral. La antigua visión de que toda desgracia era una venganza de los dioses ofendidos retornó nuevamente con un atuendo acorde con la época. Al igual que la enfermedad corporal en muchos casos puede retrotraerse a un autoperjuicio irreflexivo, del mismo modo la enfermedad del alma provendría, como se creía en aquel entonces, de un perjuicio moral, de un pecado. En el trasfondo de esta visión también se encontraba la divinidad encolerizada.

322 Estas visiones jugaron un papel central en la psiquiatría alemana hasta bien entrado el comienzo del último siglo. Pero en Francia se estaba formando al mismo tiempo un nuevo enfoque que estaba destinado a dominar las concepciones de la psiquiatría durante cien años. Pinel, cuya digna estatua se encuentra ante el portal de la Salpétriére en París, había quitado a los enfermos mentales sus ataduras y con ello los había liberado del símbolo del criminal. De este modo documentó públicamente y de modo muy efectivo la concepción humana y científico-natural de la nueva época. Poco tiempo después, Esquirol y Bayle descubrieron que ciertos tipos de enfermedades mentales conducían después de un tiempo relativamente corto a la muerte y que en la autopsia el cerebro revelaba ciertas modificaciones regulares. Esquirol había descubierto la parálisis progresiva o, como dice la expresión popular, el «reblandecimiento del cerebro», cuya imagen patológica está siempre unida a un encogimiento crónico e inflamatorio de la sustancia cerebral. Con ello quedaba colocado el pilar para el dogma que aparece en todos los manuales psiquiátricos: «las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales».

1. Bresler, *Kulturhistorischer Beitrag zur Hysterie*. Zündel, *Pfarrer Joh. Chr. Blumhardt. Ein Lebensbild.*

323 Otra confirmación para esta concepción fueron los descubrimientos de Gall realizados aproximadamente en la misma época, que atribuían la pérdida parcial o total de la capacidad lingüística, esto es, de una capacidad psíquica, a una lesión en la zona izquierda inferior de la circunvolución cerebral. Más tarde esta concepción reveló ser muy fructífera. Se descubrieron numerosos casos de atontamiento grave o de algún otro trastorno mental exquisito causados por tumefacciones del cerebro. El recientemente fallecido Wernicke descubrió hacia finales del siglo xix el lugar en el lóbulo temporal izquierdo donde está localizada la comprensión lingüística. Este descubrimiento hizo furor y acrecentó las expectativas, por lo que se tuvo la esperanza de no estar demasiado lejos del momento en que se pudiese atribuir a cada facultad y a cada actividad psíquica un pequeño sitio en la corteza gris del cerebro. Gradualmente aumentaron los intentos de reducir las modificaciones elementales del espíritu en la psicosis a ciertas modificaciones paralelas del cerebro. Meynert, el célebre psiquiatra vienés, erigió un sistema formal mediante el cual el suministro cambiante de sangre de determinadas zonas de la corteza cerebral debía jugar un papel principal en el surgimiento de la psicosis. Wernicke realizó un intento similar, pero más refinado, para explicar anatómicamente los trastornos psíquicos. Una consecuencia visible de esta orientación es el hecho de que hasta el establecimiento psiquiátrico más pequeño y marginal cuenta hoy en día con un laboratorio de anatomía donde los cerebros se cortan en serie, se tiñen y se colocan bajo el microscopio. Nuestras numerosas revistas psiquiátricas están llenas de trabajos anatómicos, investigaciones sobre el trazado de los vasos en el cerebro y la espina dorsal, investigaciones sobre la estructura y la distribución de las células en la corteza cerebral y sus cambiantes formas de aniquilamiento en las diferentes enfermedades mentales.

324 Sobre la psiquiatría pesa la reputación de practicar un materialismo burdo. Y con razón, pues se encuentra en el mejor camino, o ya ha llegado, a poner el órgano, la herramienta, por encima de la función. La función se convierte en apéndice de su órgano, el alma en apéndice del cerebro. En la psicología moderna el alma se queda corta. Mientras que en el terreno de la anatomía cerebral hemos realizado avances inmensos, sabemos poco y nada del alma o menos que nunca. La psiquiatría actual actúa como alguien que quisiera descifrar el sentido y el significado de un edificio a través de la investigación mineralógica de sus piedras. ¡Intentemos por una vez tener presente estadísticamente cuáles y cuántos enfermos mentales muestran claros trastornos en el cerebro!

325 En los últimos cuatro años hemos recibido en el Burghölzli[2] a 1325 enfermos mentales, es decir, 331 por año. De éstos, un 9% padecían *anomalía constitutiva.* Con esta expresión se designa cierto estado defectuoso de la psique que es innato. De este 9% padecen aproximadamente un cuarto de imbecilidad, es decir, de debilidad mental innata. Aquí nos encontramos con ciertas modificaciones del cerebro, como pequeñez innata, fuertes hidrocefalias o desarrollo deficitario de ciertas partes del cerebro. Los restantes tres cuartos entre los deficientes psicopáticos no presentaban ningún hallazgo típico en el cerebro.

326 Un 3 % de nuestros enfermos padecen trastornos mentales epilépticos. En el transcurso de la epilepsia aparece gradualmente una degeneración típica del cerebro que no puedo describir aquí al detalle. La degeneración sólo es demostrable en los casos graves y después de que la enfermedad ha persistido durante largo tiempo. Si los ataques existen desde hace un tiempo relativamente corto —esto puede significar eventualmente unos pocos años—, por regla general nada puede demostrarse en el cerebro.

327 Un 17% de nuestros enfermos padece una parálisis progresiva y demencia senil. Ambas enfermedades revelan hallazgos característicos en el cerebro. En la parálisis se trata regularmente de un encogimiento intensivo del cerebro en el que la corteza cerebral se ve reducida frecuentemente a la mitad. Especialmente las partes frontales del cerebro pueden reducirse hasta un tercio de su peso normal. En la demencia senil se constata una destrucción similar.

328 Un 14% de los enfermos que recibimos anualmente padece intoxicaciones, y de éstos un 13 % padece intoxicaciones con alcohol. En los casos más leves generalmente no se encuentra nada en el cerebro; solamente en los pocos casos relativamente graves se comprueba por lo general un leve encogimiento de la corteza. El número de estos casos graves asciende solamente a unos pocos por cada mil casos de ingresos anuales por alcoholismo.

329 Un 6 % de los enfermos padece la llamada demencia maníaco-depresiva, que incluye las manías y melancolías. La esencia de estas enfermedades es fácilmente comprensible incluso para los legos. La melancolía es un estado de tristeza anómala, en el que no se ve perturbada la inteligencia ni la memoria. La manía es lo opuesto, un estado de ánimo anormalmente jovial acompañado de gran actividad, igualmente sin trastornos profundos en la inteligencia y la memoria. En esta enfermedad no se puede comprobar anatómicamente ningún tipo de trastorno en el cerebro.

2. Establecimiento cantonal y clínica psiquiátrica universitaria de Zúrich.

330 Un 45 % de los enfermos padece la enfermedad mental característica y más común, la denominada *dementia praecox.* En castellano: *demencia precoz.* Un nombre desafortunado, pues la demencia no es en todos los casos precoz, y tampoco se trata en todos los casos de demencia. Lamentablemente la enfermedad es prácticamente incurable en muchos casos; incluso en el mejor de los casos, esto es, en el caso en que presenta curación, donde el lego de algún modo ya no nota anomalía alguna, siempre se encuentra cierto defecto de la vida anímica. El cuadro de la enfermedad presenta una enorme diversidad; habitualmente existe un trastorno de los afectos, y a menudo están presentes las ideas demenciales y las alucinaciones. En esta enfermedad no solemos contar con hallazgos cerebrales. Incluso en los casos de enfermedad mental grave y prolongada, suele encontrarse un cerebro intacto en la disección. Sólo en unos pocos casos se encuentran ciertas modificaciones leves, en las que hasta ahora no se ha podido demostrar ninguna regularidad.

331 Resumamos: aproximadamente un cuarto de nuestros enfermos mentales muestra modificaciones o lesiones más o menos extensas del cerebro. Pero aproximadamente tres cuartos tiene un cerebro que suele estar intacto o que a lo sumo muestra modificaciones que no explican absolutamente nada del trastorno psicológico.

332 Estas cifras pueden mostrarles mejor que cualquier otra reflexión que la consideración puramente anatómica de la psiquiatría moderna lleva a senderos que, cuanto menos, conducen sólo de manera indirecta hacia la meta, hacia la comprensión de los trastornos mentales. A esto se suma además que aquellos enfermos mentales que revelan tener importantes lesiones en el cerebro mueren después de un tiempo relativamente corto. Por eso sucede que los inquilinos crónicos de los establecimientos psiquiátricos, la verdadera población de estos sitios, se compone de un 70 a un 80% de casos de *dementia praecox,* es decir, de enfermos de esa especie en donde la anatomía fracasa totalmente. Por eso ya está trazado el camino de la futura psiquiatría, que debe atrapar mejor el núcleo de la cuestión: *solamente puede ser el camino psicológico.* Por eso aquí, en nuestra clínica de Zúrich, hemos abandonado totalmente el camino anatómico y nos hemos volcado completamente en la investigación psicológica de la enfermedad mental. Debido a que la mayoría de nuestros enfermos padece *dementia praecox,* esta enfermedad se ha transformado naturalmente en el siguiente problema.

333 Como lo hacen aún hoy los legos a partir de cierto instinto verdadero, los antiguos psiquiatras ya habían dedicado gran atención al *origen* de la enfermedad mental. Nosotros seguimos esta senda e investigamos minuciosamente, en la medida de lo posible, los antece-

dentes psicológicos. Este esfuerzo recibió una rica recompensa, pues descubrimos sorprendentemente que a menudo la enfermedad mental estalla en momentos de una gran emoción, que a su vez había surgido de manera normal. Además hallamos que en la enfermedad mental subsiguiente aparece una cantidad de síntomas que la consideración anatómica se esfuerza en vano por comprender. Pero estos mismos síntomas se vuelven inmediatamente comprensibles cuando son abordados desde el punto de vista de los antecedentes individuales. El estímulo y la ayuda más grandes en este trabajo nos lo prestaron las investigaciones fundamentales de Freud sobre la psicología de la histeria y del sueño.

334 Creo que con algunos ejemplos comprenderán mucho mejor el giro más reciente de la psiquiatría que con la seca teoría. A fin de aclararles cabalmente la diferencia en la concepción les expondré primero la historia de los enfermos como era habitual hasta ahora, y sólo posteriormente les daré la solución que es característica de la nueva concepción.

335 El caso que consideraremos es el de una cocinera de veintitrés años, sin taras hereditarias, siempre muy laboriosa y esmerada, y que en su pasado jamás llamó la atención por tener un aspecto excéntrico o cosas similares. Hace algún tiempo conoció a un hombre joven con el que quería casarse. A partir de este punto empezó a mostrar algunas particularidades. Con frecuencia decía que ella no podía gustarle a él, a menudo estaba contrariada, malhumorada y se perdía en meditaciones; en una ocasión mandó adornar su sombrero dominical de manera llamativa, con plumas rojas y verdes; otra vez se compró unos quevedos para lucirlos el domingo, cuando salía a pasear con su prometido. Un día ya no dejó de perturbarla la idea de que sus dientes tenían un defecto y decidió adquirir una dentadura, aunque no era absolutamente necesario. Se hizo sacar muchos dientes con anestesia. En la noche que siguió a la anestesia sufrió un repentino ataque de angustia. Lloró y se quejó de estar perdida y condenada por toda la eternidad, pues había cometido un gran pecado, no tendría que haberse arrancado los dientes. Se trató en vano de persuadirla y convencerla de que arrancarse los dientes no era un pecado. Pero inútilmente. Sólo al amanecer se tranquilizó y trabajó durante todo el día. Pero en las noches siguientes sufrió nuevamente los mismos ataques. Cuando fui consultado por la paciente, la encontré tranquila. Solamente tenía una mirada algo ausente. Hablé tranquilamente con ella acerca de la operación, sobre lo que me aseguró que no era tan malo dejarse extraer los dientes, pero que sí era un gran pecado, punto éste del que no era posible disuadirla a pesar de todos los argumentos. Repetía

continuamente en un tono quejoso y patético: «No tendría que haberme dejado extraer los dientes, sí, sí, esto fue un gran pecado que Dios jamás me perdonará». La impresión que causaba esto era precisamente de enfermedad mental. Unos días después su estado había empeorado, por lo que tuvo que ser ingresada en un establecimiento psiquiátrico. El ataque de angustia se había prolongado y ya no cesaba; éste era en realidad el trastorno mental que se extendió durante meses.

336 Esta historia clínica muestra una serie de síntomas que son totalmente incongruentes: ¿por qué esa historia excéntrica del sombrero y los quevedos? ¿Por qué estos ataques de angustia? ¿Por qué esa idea demencial de que la extracción de dientes es un pecado imperdonable? Es imposible ver claro. El psiquiatra formado en anatomía dirá: éste es precisamente un caso típico de *dementia praecox,* ésta es la esencia de la enfermedad mental, de la «locura»: el estar compuesta de puras incongruencias y que el punto de vista del espíritu enfermo frente al mundo aparezca desplazado, «loco». Lo que para las personas normales no es un pecado, allí el enfermo ve un pecado. Ésta es una idea demencial y estrafalaria, característica de la *dementia praecox.* El lamento desmesurado sobre el supuesto pecado es un tono afectivo inadecuado. El excéntrico adorno del sombrero y los quevedos son ocurrencias estrafalarias como suelen tenerlas los enfermos. En algún lugar del cerebro existen algunas células que actúan desordenadamente y en lugar de fabricar pensamientos lógicos producen pensamientos ilógicos, absurdos, unas veces éstos, otras veces aquéllos, que son incomprensibles desde el punto de vista psicológico. La enferma es evidentemente una degenerada hereditaria con un cerebro débil, que llevaba en sí la semilla de la destrucción desde el nacimiento. Por algún motivo la enfermedad ha estallado ahora. Podría asimismo haber estallado en cualquier otro momento.

337 Probablemente ante estos argumentos hubiésemos tenido que capitular, si no nos hubiese asistido la estrella del análisis psicológico. Con ocasión de las formalidades necesarias para ingresar en un establecimiento psiquiátrico salió a la luz que la enferma había tenido hacía muchos años una relación que se rompió cuando el amante la abandonó con un niño ilegítimo. La muchacha, respetable en todos los demás aspectos, supo esconder su infamia e instaló secretamente al niño en el campo. Nadie se enteró del asunto. Cuando volvió a enamorarse apareció el dilema: ¿qué diría el prometido ante algo así? Primero aplazó la boda, estaba cada vez más preocupada y luego empezaron las peculiaridades. Para entenderlas, debemos sumergirnos en la psicología de un alma ingenua. Cuando tenemos que confiarle a un ser amado un secreto desagradable solemos ase-

gurarnos de su amor a fin de obtener de antemano la garantía del perdón. Esto se hace a veces con preguntas insinuantes, otras con preguntas impertinentes, o se intenta exhibir con persuasión el valor de la propia personalidad para elevarla a los ojos del otro. Nuestra enferma se adorna por eso con suntuosas plumas que aparecen como valiosas ante su cándido gusto. Los quevedos son un atributo que aumenta el valor de los niños, incluso a una edad madura. Y finalmente, ¿quién no conoce a personas que por vanidad se arrancan todos los dientes para poder llevar una dentadura postiza?

338 Ante semejante operación, la mayoría de las personas cae en un estado ligeramente nervioso bajo el cual todo es más difícil de soportar. Y precisamente en este momento se produce la catástrofe: el miedo a que el prometido la rechace si se entera de su pasado. Éste es el primer ataque de angustia. Debido a que la enferma no ha reconocido su falta durante muchos años, ahora intenta nuevamente mantener el secreto y desplaza su remordimiento de conciencia a la extracción de dientes, según un prototipo que conocemos bien. Cuando no podemos reconocer un gran pecado lamentamos uno pequeño, pero con gran énfasis.

339 A las almas débiles y sensibles de los enfermos el problema se les aparece como insoluble, por eso el afecto se transforma en algo insuperablemente grande; así se nos presenta la enfermedad mental desde su faceta psicológica. La serie de sucesos aparentemente absurdos, de las llamadas «locuras», cobra de pronto sentido; entendemos el sentido en la demencia y de esta manera nos acercamos a la humanidad del enfermo mental. El enfermo es una persona que padece problemas humanos universales al igual que nosotros, y no es una máquina cerebral que se ha descompuesto. Hasta ahora habíamos creído que los síntomas del enfermo mental no nos mostraban más que los engendros absurdos de sus células cerebrales enfermas. Esto era sabiduría de erudito, que huele a habitación de estudiante. Pero si nos compenetramos con los misterios humanos de los enfermos, incluso la demencia revela su sistema y reconocemos en la enfermedad mental solamente una reacción no habitual ante problemas sentimentales en los que nada nos resulta ajeno.

340 La luz que emana de esta concepción nos parece muy intensa, pues penetra precisamente en la profundidad más profunda del trastorno mental que se encuentra con más frecuencia en nuestros establecimientos, que ha sido poco comprendido hasta el momento y que, debido a la demencia de sus síntomas, es el verdadero representante de la locura que llama la atención de los legos.

341 El caso que les he expuesto pertenece a los casos simples. Es muy transparente. Quisiera exponerles ahora como segundo ejem-

pío un caso algo más complicado. Se trata de un hombre de entre treinta y cuarenta años; es un arqueólogo extranjero de inmensa erudición y una extraordinaria inteligencia. Fue un muchacho de maduración intelectual precoz, con una gran sensibilidad, unos atributos personales sobresalientes y un talento inusual. Era pequeño de cuerpo y debilucho desde siempre; también padecía tartamudez. Criado y educado en el extranjero, estudió más tarde algunos semestres en B. Hasta ese momento no había aparecido ninguna clase de trastorno. Tras finalizar los estudios universitarios se sumergió fervorosamente en sus trabajos arqueológicos, que gradualmente lo absorbieron hasta el punto de que murió para todo lo que fuera el mundo y los placeres. Trabajaba incesantemente, sepultándose por completo en sus libros. Se volvió totalmente intratable; si ya antes se sentía inseguro en sociedad, ahora le huía en toda regla, de tal modo que, salvo a unos pocos amigos, no veía a nadie. Llevaba una vida de ermitaño exclusivamente dedicado a la ciencia.

342 Pocos años después regresó a B. en un viaje de vacaciones y permaneció allí unos días. Iba a pasear mucho por los alrededores de la ciudad. Los pocos conocidos que tenía lo encontraban algo peculiar, taciturno, nervioso. Después de un largo paseo apareció muy cansado y manifestó no sentirse del todo bien. Luego dijo que quería someterse a hipnosis, que se sentía atacado de los nervios. A esto se sumó una enfermedad corporal, una inflamación de los pulmones. Inmediatamente después se presentó una excitación particular que se convirtió rápidamente en delirio. Fue ingresado en un establecimiento psiquiátrico, donde estuvo durante semanas muy excitado. Estaba totalmente turbado, nunca sabía dónde se encontraba, hablaba con frases cortadas que nadie entendía. A menudo se encontraba tan excitado y agresivo frente a su entorno que eran necesarios varios enfermeros para contenerlo. Gradualmente empezó a tranquilizarse, y un día volvió en sí, como quien sale de un largo sueño confuso. Entró rápidamente en razón acerca de su enfermedad y se le dio el alta como a alguien que ha sanado. Viajó a su casa y volvió a sumergirse en su trabajo anterior. En los años siguientes produjo varios trabajos brillantes. Su vida seguía siendo la de un ermitaño que ha muerto totalmente para el mundo, vivía exclusivamente en sus libros. De este modo se ganó paulatinamente la fama de ser un seco misántropo, a quien se le escapaba el sentido de la belleza de la vida.

343 Algunos años después de su primera enfermedad volvió a B. en un corto viaje de vacaciones. Igual que antes, hizo sus paseos solitarios por los alrededores. Un día lo asaltó sorpresivamente una sensación similar a la pérdida del sentido y se tendió en la calle. Fue llevado a una casa cercana, en donde estalló en fuerte excitación.

Empezó a practicar «gimnasia casera», saltaba sobre los respaldos de la cama, hacía ejercicio en la habitación, empezó a declamar en voz alta, recitaba poemas de su propia autoría, etc. Tras este episodio fue nuevamente ingresado en el establecimiento psiquiátrico. Allí se detuvo su excitación. Alababa su maravillosa musculatura, su hermosa complexión corporal, su poderosa fuerza. Creía haber descubierto una ley natural: cómo podía educarse una voz maravillosa. Se figuraba ser un gran cantante y un declamador único, y al mismo tiempo un iluminado compositor de poemas, a quien se le ocurren los versos simultáneamente con la melodía.

344 Pero todo esto se encontraba en triste (aunque interesante) oposición a la realidad. Él era un hombre endeble y menudo, con un cuerpo insignificante y enjuto de carnes, a quien se le notaba en la primera mirada el influjo atrofiante del cuarto de estudios. Poco dotado para la música, tenía una voz débil y desafinaba al cantar; también era un pésimo orador, pues había tartamudeado desde siempre. En el hospital se dedicó durante semanas a dar particulares saltos y hacer torsiones corporales, a los que llamaba gimnasia; de vez en cuando cantaba y declamaba. Luego se tranquilizó y se volvió soñador, miraba durante horas pensativo, susurraba a veces una canción de amor que, a pesar de la expresión musical deficiente, delataba un bello sentimiento de anhelo amoroso. También esto se encontraba en gran contraposición con la sequedad y el aislamiento de su vida normal. Gradualmente se volvió accesible a entrevistas más largas.

345 Interrumpiremos aquí la historia clínica y resumiremos lo que ha arrojado hasta el momento la mera observación del enfermo:

346 En la primera enfermedad estalla de improviso un delirio, al que se suma un trastorno mental con confusión y violencia que dura una semana. Luego se produce una curación aparentemente completa. Seis años después aparece un repentino estallido de excitación, megalomanía, acciones estrafalarias y luego un estadio crepuscular, que lentamente se transforma en restablecimiento. Se trata por tanto nuevamente de un caso típico de *dementia praecox,* y de su forma inferior, la catatonía, que está especialmente caracterizada por movimientos y acciones peculiares. El tipo de observación habitual hasta ahora en la psiquiatría ve aquí de nuevo una enfermedad celular localizada en algún punto de la corteza, que desencadena delirio y confusión, megalomanía, movimientos musculares particulares, estados crepusculares que, si se los mira en conjunto, poseen tan poco sentido psicológico como las extrañas formas de las gotas de plomo vertidas en el agua.

347 Yo sin embargo creo que esto no es así. No es ningún capricho azaroso de la célula cerebral enferma el que en la segunda recaída

cree ese contraste llamativo que ya les he expuesto en la historia clínica. Vemos que esos contrastes, las denominadas ideas megalomaníacas, están íntimamente ligados con las lagunas de la personalidad. Son lagunas que ciertamente cada uno de nosotros también experimentaría como una carencia. ¿Quién no ha sentido alguna vez la necesidad de aliviar la aridez de su oficio y de su vida mediante los placeres de la lírica y de la música? ¿De devolver al cuerpo la fuerza natural y la belleza que le ha robado el aire viciado de la habitación cerrada? Y finalmente, ¿quién no recuerda con envidia la energía de un Demóstenes, que se convirtió en un gran orador a pesar de su tartamudez? Por tanto, si nuestro enfermo compensó las evidentes carencias de su vida corporal y anímica mediante deseos satisfechos de modo demencial, también puede suponerse que esas canciones de amor silenciosas que cantaba de vez en cuando llenaban una laguna dolorosa de su existencia, suplían una carencia, que se experimenta con tanto más dolor cuanto más secreta es.

348 No fue necesario que investigara mucho: es esa historia antigua y simple que se renueva en cada alma humana, tan llana como conviene a la sensibilidad más refinada del predestinado.

349 Cuando nuestro enfermo estudiaba, conoció y amó a una estudiante. Hicieron muchos paseos solitarios juntos por los alrededores de la ciudad; pero la gran timidez y el recelo, propias del tartamudo, nunca dieron ocasión de que apareciera la palabra definitiva, además de que era pobre y no podía ofrecerle más que esperanzas. Llegó el tiempo de terminar los estudios; ella partió, él también, y no volvieron a verse. No pasó mucho tiempo hasta que él se enteró de que se había casado con otro. Ahí se rindió. No sabía que Eros nunca libera a nadie.

350 Se enterró en una erudición abstracta, no para olvidar, sino para trabajar sobre ella con pensamientos. Quería conservar su amor en su corazón, secretamente, y no revelar nunca el secreto. Pensó en dedicarle sus obras sin que ella lo supiera. El compromiso duró, pero no por mucho tiempo. En una ocasión atravesó la ciudad en donde había oído que vivía ella —parece haber sido una casualidad que viajara pasando por esa ciudad—. No abandonó el tren, que hacía una breve parada. Pero desde la ventanilla vio a una mujer joven en la lejanía con un niño pequeño, y pensó que era ella. Nadie sabe si lo era realmente, tampoco él. Él no cree haber experimentado en ese momento ninguna sensación especial; de todos modos, no se tomó el trabajo de comprobar si realmente era ella o no. Todo esto indicaría que no era ella. Lo inconsciente quería simplemente estar en paz con su ilusión. Poco tiempo después volvió a B., a la ciudad de sus viejos recuerdos. Allí sintió que en su alma se agitaba

algo extraño, un sentimiento inquietante, como lo describió Nietzsche en su presentimiento:

> ¡Pronto dejarás de estar sediento,
> corazón abrasado!
> Hay un presagio en el aire,
> soplos me llegan de boca desconocidas:
> viene un gran frescor...*.

351 El ser hombre civilizado ya no cree en demonios, sino que llama al médico. Nuestro enfermo quería ser hipnotizado. En ese momento lo asaltó la demencia. ¿Qué sucedía dentro de él?

352 Me lo contó en ese estadio crepuscular previo a la convalecencia, con frases cortadas, interrumpido por largas pausas. Seguí lo más fielmente posible sus propias palabras: cuando enfermó, abandonó repentinamente el mundo ordenado y se encontró en el caos de un sueño impetuoso: un mar de sangre y fuego, el mundo estaba fuera de quicio, en todas partes incendios, estallidos volcánicos, terremotos, las montañas se derrumbaban, luego vinieron batallas descomunales en las cuales los pueblos arremetían unos contra otros, se encontraba cada vez más enredado en la lucha de la naturaleza, en medio de los combatientes, luchando, defendiéndose, soportando innumerables miserias y dolores, pero gradualmente elevado y fortalecido por el extraño sentimiento tranquilizador de que alguien presenciaba sus luchas: la amada estaba allí y contemplaba desde la lejanía. Esto sucedió en el momento de su enfermedad en que mostraba una violencia salvaje contra sus enfermeros. Sintió que sus fuerzas crecían y al mismo tiempo se vio al mando de muchos ejércitos que debía conducir a la victoria. De nuevo se produjeron muchas batallas y finalmente llegó la victoria. Con ello obtuvo como premio a la amada, se acercó a ella; allí se desató la enfermedad y despertó de un largo sueño.

353 Ahora su vida cotidiana reanuda su rutinaria marcha. Se vuelve a encerrar en su trabajo y olvida el abismo que lleva dentro de sí. Después de algunos años retorna a B. ¿Demonio o destino? Vuelve a andar por los viejos caminos y lo vuelven a asaltar los viejos recuerdos. Pero esta vez no se hunde en las profundidades de la desesperación. Conserva siempre la orientación y mantiene el contacto con el entorno. La lucha es bastante más suave, practica gimnasia, se ejercita en las artes masculinas y recupera lo desatendido; luego aparece el

* F. Nietzsche, «El sol se pone», de *Ditirambos de Dioniso,* en *Poesía completa,* trad. de L. Pérez Latorre, Trotta, Madrid, ‘*2010, p. 72.

estadio de ensoñación con las canciones de amor, que se corresponde con el momento de la victoria en la primera psicosis. En ese estado —sigo sus propias palabras— tiene un sentimiento indescriptible, como si caminara por la frontera entre dos mundos diferentes y no supiera si la realidad se encuentra a derecha o a izquierda. Ahora me cuenta: «Se dice que está casada, pero yo creo que no lo está, que me sigue esperando; siento que es así. Yo siempre siento como si ella no estuviese casada, como si todavía pudiese lograrse». Lo que el enfermo describió en ese momento no era otra cosa que una pálida imagen persistente de aquella escena de la primera psicosis en que aparecía como vencedor ante la prometida. En el correr de las pocas semanas que siguieron a esta conversación los intereses científicos del paciente pasaron a ocupar un lugar cada vez más preponderante. Abordaba con visible disgusto su historia íntima, la reprimía cada vez más hasta llegar a eludirla, como si no le perteneciese. Así se fue cerrando gradualmente el portal del submundo. Solamente permanecieron como restos una cierta tensión en la expresión y una mirada que, si bien se fijaba en las cosas de este mundo, al mismo tiempo se dirigía hacia dentro y revelaba algo de la tranquila actividad de lo inconsciente, que preparaba nuevas soluciones a su problema insoluble. A esto se le denomina el restablecimiento de la *dementia praecox.*

354 Hasta ahora los psiquiatras no podíamos reprimir una sonrisa cuando leíamos cómo un poeta se esforzaba por describir una psicosis. En general se considera que estos intentos son extremadamente deficitarios, pues el poeta inserta conexiones psicológicas en su concepción de la psicosis, conexiones que están totalmente alejadas del cuadro clínico de la enfermedad. Si el poeta no se empeña en copiar un caso de un manual de psiquiatría, entonces suele comprenderlo mejor que el psiquiatra.

355 El caso que les he descrito no es en absoluto algo único, sino que representa todo un tipo para el cual un poeta ha creado un modelo universalmente válido. El poeta es Spitteler, y el modelo *Imago.* Doy por supuesto que se conoce la evolución de *ese* caso. De todos modos la distancia psicológica entre la criatura poética y el enfermo mental es grande. El mundo del poeta es el mundo de los problemas resueltos. La realidad es el problema irresuelto. El enfermo mental es un fiel retrato de esa realidad. Sus soluciones son ilusiones insatisfactorias, su curación es un abandono temporal del problema que continúa obrando intacto en las profundidades de lo inconsciente y en su momento vuelve a ascender a la superficie para crear nuevas ilusiones con nuevos escenarios; como pueden ver: un fragmento abreviado de la historia de la humanidad.

356 Ni de lejos todos los casos de la enfermedad que aquí nos ocupa se manifiestan en el análisis psicológico de modo claro y transparente. Por el contrario, la mayoría de los casos son oscuros y difícilmente comprensibles, en parte también porque sólo una cierta fracción de todos los enfermos alcanza la curación. Nuestro último caso se distingue porque el enfermo regresó a un estado normal desde el que fue posible obtener una vista panorámica sobre el periodo de enfermedad. Lamentablemente no siempre tenemos a nuestro alcance la ventaja de esta perspectiva, pues un gran número de enfermos no vuelve a encontrar nunca el camino de retorno de los sueños. Se pierden en los pasillos laberínticos de un jardín mágico, en donde se vuelve a escenificar una y otra vez la misma vieja historia en un presente eterno. Para los enfermos se detienen las agujas del reloj, no existe el tiempo ni tampoco un desarrollo. Les da igual si pasan dos días o treinta años por su sueño. Por ejemplo, yo tenía en mi sección a un enfermo que permanecía ensimismado en una cama desde hacía cinco años sin pronunciar palabra. Lo visitaba desde hacía mucho tiempo dos veces al día. Me acercaba cada vez a su cama y constataba rutinariamente que todo estaba como siempre. Un día me disponía a salir de la habitación cuando una voz extraña me gritó desde atrás: «¿Quién es usted? ¿Qué hace ahí?». Comprobé con sorpresa que era el enfermo mudo que había recobrado repentinamente su voz y evidentemente el sentido. Le contesté que era un médico, a lo que replicó con furia que por qué lo aprisionaban en este sitio, por qué nunca hablaban con él. Dijo esto en un tono ofensivo, como lo haría una persona normal a la que no se ha saludado durante un par de días. Yo le dije que él había estado en la cama durante cinco años sin pronunciar palabra y que no reaccionaba ante nada, tras lo que me miró fijamente y sin comprender. Naturalmente que intenté enterarme de qué había sucedido en él durante esos cinco años, pero no pude llegar a nada. Otro enfermo similar, al que se preguntó por el motivo de su largo silencio de años, contestó: «Porque quise proteger la lengua alemana»[3]. Estos ejemplos muestran que a menudo resulta completamente imposible desvelar el misterio, pues los mismos enfermos no tienen ganas ni interés por aclarar sus peculiares vivencias; por lo general no las experimentan como peculiares.

357 Pero ocasionalmente los síntomas nos ofrecen indicios para la comprensión del contenido psicológico de la enfermedad.

3. Debo este ejemplo a la bondadosa comunicación de mi colega, el Dr. Abraham, de Berlín.

358 Tuvimos una enferma que durante treinta y cinco años estuvo ingresada en el Burghólzli. A lo largo de décadas estuvo en cama, no hablaba nunca, no reaccionaba ante nada, tenía siempre la cabeza inclinada, la espalda encorvada, las rodillas algo dobladas. Siempre se frotaba las manos de modo peculiar, por lo que al cabo de los años se le formaron unos gruesos callos en las palmas. Siempre pegaba el pulgar al índice de la mano derecha, como si estuviera cosiendo. Cuando esta paciente murió hace dos años, me interesó saber cómo había sido antes. Nadie en el establecimiento recordaba haberla visto alguna vez fuera de la cama. Sólo nuestra vieja jefa de enfermería recordaba todavía que había visto a la enferma sentada en la misma posición en que yacía en la cama. En ese entonces realizaba unos movimientos rápidos y amplios con los brazos sobre la rodilla derecha; en aquel momento se decía que ella «cosía zapatos», y después que «lustraba zapatos». Con el transcurso de las décadas los movimientos se fueron reduciendo gradualmente, hasta que finalmente subsistía únicamente un movimiento de frotación y solamente el pulgar y el índice conservaban la posición de coser. Consulté en vano nuestros viejos registros, pues no contenían nada sobre el pasado de la enferma. Cuando en el entierro apareció el hermano de la enferma, que tenía setenta años, le pregunté si recordaba la causa por la que su hermana había enfermado, a lo que me comunicó que su hermana tenía una relación; el asunto se malogró por diferentes motivos y la joven se lo tomó tan a pecho que se volvió melancólica por ello. ¿Quién era el enamorado? Era un *zapatero.*

359 Si no se quiere creer en el juego más extraordinario de la casualidad, hay que suponer que el recuerdo del enamorado se mantuvo inmóvil en la enferma durante treinta y cinco años.

360 Ahora bien, se podría llegar fácilmente a la idea de que este tipo de enfermos, que causan una impresión tal de demencia, son realmente ruinas totalmente devastadas. Pero posiblemente no sea así. A menudo se puede comprobar directamente que estos enfermos llegan incluso a registrar todo lo que sucede en su entorno con cierta curiosidad y que tienen una excelente memoria para ello. Este hecho nos explica que muchos enfermos se vuelvan más razonables durante algunos periodos y que desarrollen fuerzas espirituales que se creían muertas desde hacía tiempo. Estos momentos aparecen ocasionalmente en las enfermedades corporales graves o poco antes de la muerte. Teníamos por ejemplo un paciente con quien era imposible sostener una conversación razonable, siempre producía una fabulosa mezcla de ideas demenciales y palabras extrañas. Este hombre sufrió en una ocasión una enfermedad corporal grave y yo pensé que su tratamiento sería muy difícil. ¡Pero nada de eso! Estaba

como transformado: un paciente amable y complaciente, que seguía con paciencia y agradecimiento todas las prescripciones médicas. Sus ojos habían perdido la mirada malévola y punzante y miraban con tranquilidad y comprensión. Una mañana volví a entrar en su habitación con el saludo habitual: «Buenos días, ¿qué tal?». Pero el paciente me recibió con su viejo y conocido estribillo: «Ahí vuelve uno de la jauría de perros y monos que quiere jugar al salvador». En ese entonces supe que había superado su enfermedad. Desde ese momento fue como si toda la razón se esfumase.

361 A partir de estas observaciones comprobamos que la razón está realmente presente, pero que se encuentra reprimida en algún ángulo por la dedicación preponderante que el espíritu presta a las ideas patológicas.

362 Ahora bien, ¿por qué debe el espíritu agotarse en la elaboración de absurdos patológicos? Nuestro nuevo enfoque también ofrece una respuesta satisfactoria a esta difícil pregunta. Hoy en día podemos afirmar que las estructuras patológicas dominan tanto el interés del enfermo porque son descendientes de las preguntas más importantes de las personas normales, es decir, lo que ahora en la enfermedad mental es una maraña incomprensible de síntomas era en su momento uno de los terrenos de mayor interés de la persona que antes era normal.

363 Como ejemplo deseo presentarles a una enferma que se encuentra en el establecimiento desde hace veinte años. Fue desde siempre un enigma para los médicos, pues el absurdo de sus ideas demenciales sobrepasa todo lo que pueda imaginar la más osada fantasía.

364 La enferma es costurera de profesión, nacida en 1845 y proveniente de una familia muy pobre; su hermana se extravió tempranamente y finalmente fue a dar al fango de la prostitución. La paciente llevaba una vida laboriosa, respetable y retirada. Enfermó en 1886, en su trigésimo noveno año de vida, es decir, en el umbral de esa edad en la que se hacen trizas los sueños floridos. Su enfermedad se componía de ideas demenciales y alucinaciones que aumentaban rápidamente y que se volvieron absurdas hasta el punto de que ya nadie podía comprender las quejas y deseos de la enferma. En 1887 ingresó en el establecimiento. En 1888 su lenguaje, en la medida en que se refería a ideas demenciales, ya estaba descompuesto hasta la ininteligibilidad. Sostenía, por ejemplo, las siguientes cosas monstruosas: «Durante la noche se le arrancaba la columna vertebral»; «se producen dolores de espalda mediante sustancias que atraviesan los muros y que están cargadas de magnetismo»; «El monopolio comprueba los sufrimientos que no están en el cuerpo y que no revolotean por el aire»; «Se hacen excursio-

nes mediante la inhalación de la química, y mediante la asfixia se mata a legiones enteras».

365 En 1892 la paciente se define a sí misma como «monopolio de los billetes», como «reina de los huérfanos», como «propietaria del establecimiento Burghólzli»; dice: «Nápoles y yo debemos abastecer al mundo de tallarines».

366 En 1896 se transforma en «Germania y Helvecia a partir exclusivamente de mantequilla dulce»; también dice: «Soy el arca de Noé, el bote salvavidas y el respeto».

367 Desde ese entonces se multiplica el absurdo patológico; su última creación es la idea demencial de que ella es «el milagroso mar lila-rojo y lo azul».

368 Estos ejemplos les muestran hasta qué punto llega la ininteligibilidad de estas construcciones patológicas. Por eso nuestra paciente fue durante años el ejemplo clásico de la «idea demencial absurda» en la *dementia praecox,* y muchos cientos de estudiantes de medicina obtuvieron con esta paciente una impresión duradera del inquietante poder del atontamiento. Pero tampoco este caso se ha resistido a las técnicas más nuevas del análisis moderno. Lo que la paciente dice no es de ningún modo un absurdo, sino que está lleno de sentido, de tal manera que, quien conoce la clave, puede entenderse con ella sin mayores dificultades.

369 El tiempo lamentablemente no me permite describirles la técnica con la que logré disipar el velo del misterio. Debo contentarme con aclarar la peculiar modificación del pensamiento y de la lengua de esta paciente en base a algunos ejemplos.

370 Por ejemplo, ella sostiene de sí misma que es *Sócrates.* El análisis de esta idea demencial arroja lo siguiente: Sócrates es el sabio más grande, el mayor erudito, se lo acusó infamemente *y* tuvo que morir en el calabozo a causa de hombres canallas. Ella es la mejor costurera, «jamás ha cortado un hilo innecesariamente», «nunca dejó tirado un retazo de tela en el suelo», ha trabajado infinitamente. Ahora se la ha acusado injustamente, personas malvadas la han encerrado y tiene que morir en el establecimiento. Por eso es «Sócrates»; como pueden comprobar, una metáfora simple causada por una analogía transparente.

371 Otro ejemplo: «Soy el *profesorado más fino y el más refinado mundo de los artistas».* El análisis da como resultado: ella es la mejor costurera, la que elige los mejores modelos, que aparentan mucho y utilizan poca materia prima, ella pone el adorno justo allí donde es visible. Ella es una profesora, una artista en su materia. Ella confecciona las mejores prendas de vestir, que llama con extravagancia la «ropa del museo de caracol». Solamente aquellos círculos

que frecuenten la Casa del Caracol y el museo (la Casa del Caracol es un lugar distinguido. Se encuentra junto al museo, el edificio de la biblioteca, otro lugar de reunión de los círculos distinguidos de Zúrich) son sus clientes, pues ella es la mejor costurera, que solamente hace «ropa del museo de caracol».

372 La paciente también se llama a sí misma *María Estuardo.* Del análisis resulta la misma analogía que con Sócrates: el padecimiento y muerte inocentes de la heroína.

373 «Soy la *Loreley».* Análisis: es una vieja y conocida canción: «No sé lo que significa», etc. Siempre que quiere hablar de sus asuntos la gente no la entiende y dicen que no saben lo que significa; por eso ella es Loreley.

374 «Soy *una Suiza».* Análisis: Suiza es libre, nadie puede quitar la libertad a Suiza. La paciente no pertenece al establecimiento psiquiátrico, debería estar libre como Suiza; por eso es una Suiza.

375 «Soy *una grulla».* Análisis: en «Las grullas de Íbico» se dice: «... el que está libre de culpa y falla conserva el alma pura de un niño». Ella fue llevada inocente al establecimiento y nunca cometió un crimen; por eso es una grulla.

376 «Soy la *campana de Schiller».* «La campana» de Schiller es la gran obra de un gran maestro. Ella es la mejor costurera y la más laboriosa, y ha logrado lo más alto en el arte del corte y confección; por ello es la campana de Schiller.

377 «Soy *Hufeland».* Análisis: Hufeland era el mejor médico. Ella padece infinitos tormentos en el establecimiento y además es tratada por los peores médicos. Pero ella es una personalidad tan eminente que tendría derecho a acudir a los mejores médicos, esto es, a un médico como Hufeland; por eso es Hufeland.

378 La paciente utiliza la forma «yo soy» de una manera muy arbitraria; a veces expresa con ello «me pertenece» o «me conviene»; a veces «debería tener». Esto resulta del siguiente análisis:

379 «Soy la *llave maestra».* Análisis: la llave maestra es la llave que abre todas las puertas del establecimiento. Hace ya mucho tiempo y por derecho que la paciente debería tener esta llave, pues ella es desde hace años propietaria del establecimiento Burghölzli. Esta reflexión queda expresada de modo muy simplificado en su frase: «Soy la llave maestra».

380 El contenido principal de las ideas demenciales se concentra en la frase: «Soy *el monopolio».* Análisis: la paciente se refiere al monopolio de los billetes de banco, que le pertenecen desde hace tiempo. Cree ser propietaria del monopolio de la emisión de billetes de muchas partes del mundo, con lo cual se apropia de inmensas riquezas, como complemento de la pobreza y llaneza de su vida. Sus padres

murieron tempranamente; por eso es «reina de los huérfanos». Sus padres vivieron y murieron en la pobreza más absoluta. También sobre ella se extiende la bendición que el sueño demencial de la paciente prodiga a manos llenas. Así, dice literalmente: «Conmigo mis padres están vestidos, mi madre acostumbrada a duras pruebas, la llena de dolores — me he sentado con ella a la mesa — con mantel blanco y abundancia».

381 Aquí se trata de una alucinación plástica, como las que suele tener la paciente a diario. Es una de esas escenas de satisfacción de los deseos que recuerda a la pobreza del más acá y a la riqueza del más allá de la *Hannele* de Hauptmann, especialmente a aquella escena en la que Gottwald dice: «De harapos estaba cubierta y ahora tiene vestidos de seda. Caminaba descalza, y ahora tiene zapatos de cristal en los pies. En breve vivirá en un castillo de oro y comerá todos los días carne asada. Aquí vivía comiendo patatas frías...».

382 Pero la satisfacción de los deseos de nuestra paciente va más allá. Suiza tiene que pagarle una pensión vitalicia de 150.000 francos. El director del Burghólzli la debe indemnizar con 80.000 francos por su injusto ingreso en el hospital. Es propietaria de una isla lejana con minas de plata, la «isla de plata más grande del mundo». Por eso también cree ser la «oradora más brillante», cree poseer la «elocuencia más elevada», pues, como ella dice, «hablar es *plata,* callar es oro». Son de su propiedad todas las bellas fincas, todos los barrios, ciudades y países ricos, es propietaria del mundo, incluso por «partida triple». Si la pobre Hannele es elevada meramente al lado del prometido celestial, la paciente posee «la llave del cielo»; no es solamente cada una de las honorables reinas terrenales como María Estuardo y la reina Luisa de Prusia, sino también reina del cielo, la madre de Dios y al mismo tiempo la divinidad misma. Incluso en este mundo terrenal, en donde no fue más que una pobre costurera doméstica sin importancia, pudo lograr las satisfacciones de sus deseos humanos en la medida en que eligió tres maridos de las familias más nobles de esta ciudad y como cuarto cónyuge al emperador Francisco. De estos matrimonios surgieron dos niños productos de su delirio, un niño y una niña. Al igual que ella vistió, se alimentó y bebió de la pobreza de sus padres, ahora se ocupa también del futuro de sus hijos. A su hijo le lega los grandes bazares de la ciudad de Zúrich, por eso su hijo es un «zar», pues el propietario de un *bazar* es un *zar.* La hijita se vuelve parecida a la madre; por eso se transforma en propietaria del hospital psiquiátrico y ocupa así el lugar de la madre, por lo cual la madre es liberada del cautiverio. Por eso la hijita recibe el título de «representante de Sócrates», pues representa a «Sócrates» en la cárcel.

383 Los ejemplos mencionados aquí no agotan ni por asomo las estructuras demenciales de los enfermos. Pero les aportan, esa es mi esperanza, una idea de lo rica que es la vida interior de esta paciente, que aparentemente permanece sentada durante veinte años, embotada y apática o, como también suele decirse, «atontada», en su cuarto de trabajo, remienda mecánicamente su género blanco y ocasionalmente formula una serie de fragmentos absurdos que ningún humano ha comprendido hasta el momento. Ahora vemos sus barrocas mezcolanzas de palabras bajo otra luz: son fragmentos de inscripciones enigmáticas, trozos de cuentos fantásticos, que se han liberado de la dura realidad para fundar un reino propio, alejado del mundo, en donde las mesas están eternamente servidas y en los palacios de oro se celebran miles de fiestas. A la oscura tierra neblinosa de la realidad la enferma le deja solamente unos pocos símbolos enigmáticos, que no necesitan comprenderse porque la paciente hace ya mucho que no necesita nuestra comprensión.

384 Incluso esta enferma no es un caso único. Es ejemplo de un tipo. Siempre se vuelven a encontrar rasgos similares en enfermos de esta especie, pero no en una perfección tan acabada.

385 Los paralelos con la *Hannele* de Hauptmann muestran que aquí también un poeta ha preparado el terreno y ha creado libremente desde la propia fantasía. A partir de esta coincidencia no casual podemos concluir que existe algo común al poeta y al enfermo mental, algo que en realidad todo ser humano lleva en sí, a saber: una incesante fantasía creadora, que se esfuerza constantemente por limar las durezas de la realidad. Quien se observe con atención a sí mismo y sin miramientos sabe que dentro de sí habita un ser que prefiere velar y ocultar todo lo que en la existencia es difícil y problemático para construirse así una vía fácil y sin obstáculos. La enfermedad mental le concede a este ser una ventaja. Y cuando la persona obtiene esa ventaja, tarde o temprano la realidad queda cubierta; se transforma en un sueño lejano y el sueño se torna realidad, atando al enfermo a sí mismo total o parcialmente durante toda su vida. Nosotros los sanos, que habitamos en la realidad, contemplamos solamente la destrucción en este mundo, pero no la riqueza de esa parte del alma que nos vuelve la espalda. Lamentablemente ya no nos llegan muy a menudo noticias de las cosas que ocurren de ese lado nocturno, porque se han quemado todos los puentes que comunican el más allá con el más acá.

386 Actualmente no sabemos si estos nuevos enfoques tienen validez universal o solamente limitada; cuanto más minuciosa y pacientemente investigamos a nuestros enfermos, más nos topamos con casos que, a pesar de presentar un aparente atontamiento total, nos

permiten al menos echar una mirada fragmentaria sobre una oscura vida anímica que está muy alejada de ese empobrecimiento espiritual que la concepción válida hasta ahora creía tener que aceptar.

387 Aunque no estemos ni de lejos en condiciones de explicar íntegramente las circunstancias de ese mundo oscuro, podemos afirmar desde ya que en la *dementia praecox* no existe ningún síntoma que pudiera caracterizarse como psicológicamente gratuito o absurdo. Incluso las cosas más absurdas no son más que símbolos de pensamientos, que no sólo son universalmente comprensibles desde un punto de vista humano, sino que viven en cualquier corazón humano. Así pues, en el enfermo mental no descubrimos algo nuevo y desconocido, sino el subsuelo de nuestro propio ser, la madre de los problemas vitales, en los que todos trabajamos.

APÉNDICE: SOBRE LA COMPRENSIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS*

388 El número de experiencias sobre la psicología de la *dementia praecox* ha aumentado considerablemente desde la publicación de la primera edición. Cuando en el año 1903 llevé a cabo el primer análisis de un caso de *dementia praecox,* me surgió una intuición sobre las posibilidades de futuros descubrimientos en este terreno. Esta intuición se ha confirmado.

389 En primer lugar fue Freud quien, a través de su técnica analítica refinada gracias a abundantes experiencias con neuróticos, sometió a un riguroso examen psicológico la célebre autobiografía de P. Schreber, *Memorias de un enfermo nervioso*[4]. Freud muestra en esta investigación las formas infantiles de pensamientos e impulsos a partir de las cuales crece la estructura demente. Las peculiares ideas demenciales que el enfermo tenía sobre su médico, a quien identificaba con Dios o con un ser similar a Dios, luego ciertas ideas sorprendentes, en realidad blasfemas, que tenía el enfermo sobre Dios, lograron ser reducidas por Freud de modo muy ingenioso a la relación infantil que el paciente tenía con su padre. Este caso también muestra este tipo de conexiones cómicas o grotescas entre las ideas, como el cuadro que describí anteriormente. El trabajo de Freud se limita esencialmente a mostrar esos fundamentos que aparecen siempre e indiferenciadamente, a partir de los cuales crece históricamen-

* Falta en la primera edición.

4. *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides).*

te toda estructura psicológica[5]. De todos modos, el procedimiento analítico-reductivo no puede arrojar resultados en relación con la rica y particular formación de símbolos en esta especie de enfermos, algo que podría esperarse si se observan las experiencias con la histeria.

390 Cuando se leen ciertos trabajos de la escuela de Zúrich —me refiero a Maeder[6], Spielrein[7], Nelken[8], Grebelskaja[9], Itten[10]—, se puede acceder a una visión muy poderosa de la enorme construcción de símbolos en la *dementia praecox.* Incluso aunque algunos de estos autores proceden de un modo fundamentalmente analítico-reduccionista, reduciendo la compleja formación de la demencia a los fundamentos más simples y universales (algo que también se ha hecho en el escrito antecedente), es difícil resistirse a la sensación de que este método no puede ser totalmente justo con la plenitud y la riqueza realmente abrumadora de la creación fantástica de símbolos; aunque indudablemente, y desde cierta perspectiva, resulte iluminadora.

391 Debemos agradecer, por ejemplo, a un comentario del *Fausto,* cuando nos reduce los diversos materiales de la segunda parte a sus fuentes históricas, o cuando un análisis psicológico de la primera parte nos explica cómo el conflicto dramático descansa sobre el conflicto que existe en el alma del poeta y cómo este conflicto subjetivo, por su parte, radica en aquellas cuestiones humanas últimas y universales en las que nada nos resulta ajeno y que todos llevamos en nuestro corazón. Pero nos sentimos un poco desengañados. No leemos el *Fausto* para descubrir que en todas partes suceden cosas «humanas, demasiado humanas». Lamentablemente acerca de esto ya hemos obtenido suficientes lecciones. El que todavía no lo supiese, puede sumergirse durante un tiempo breve en el mundo y contemplar la vida sin prejuicios y con los ojos abiertos. Volverá convencido de la magnitud y el poder de lo «demasiado humano» y tomará con avidez el *Fausto,* no para volver a encontrar en la obra lo que acaba de dejar atrás, sino para ver de qué manera un hombre como Goethe se enfrenta a estas cuestiones humanas banales y libera su alma de ellas. Cuando acabamos por saber quién era el proctofantasmista, a qué acontecimientos de la época se refiere la

5. Cf. también Ferenczi, *Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia.*

6. *Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken.*

7. *Über den psychologischen Inhalteines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox).*

8. *Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen.*

9. *Psychologische Analyse eines Paranoiden.*

10. *Beitrage zur Psychologie der Dementia praecox.*

plétora de símbolos de la segunda parte y que todo esto también se encuentra íntimamente unido al alma del poeta y condicionado por ella, consideramos este determinismo menos importante que el problema que plantea el poeta con su simbolismo. El investigador que procede de modo puramente reduccionista divisa de todos modos el sentido de esas cuestiones humanas universales y exige únicamente que las explicaciones reduzcan lo desconocido y lo complejo a lo conocido y simple. Quisiera designar este modo de comprensión como la «comprensión hacia atrás». Pero también existe otra forma de comprensión, que no es de naturaleza analítico-reduccionista, sino de naturaleza *sintética* o *constructiva.* Quisiera clasificar esta comprensión como una «comprensión hacia delante» y el método correspondiente como *método constructivo.*

392 Como es de sobra conocido, la explicación científica actual se asienta sobre la base del principio de causalidad. La explicación científica es explicación causal. Por eso, siempre que pensamos científicamente tendemos naturalmente a explicar y a comprender por causas, y a considerar que algo está explicado cuando se puede reducir analíticamente a la causa y a un principio general. En este sentido, el método de explicación psicológico de Freud es estrictamente científico.

393 Pero si aplicamos este método a nuestro *Fausto,* nos damos cuenta de que para comprender verdaderamente al Fausto se necesita más. Incluso nos podría parecer que realmente no entenderíamos el sentido supremo ambicionado por el poeta si viésemos en él *sólo* lo universalmente humano. Pues la universalidad de lo humano la podemos ver en todas partes. Pero precisamente en el Fausto queremos descubrir cómo este hombre se ha redimido en la particularidad, y si comprendemos esto, comprendemos también el símbolo que Goethe nos ofrece. Entonces caemos gustosamente en el error, creyendo haber comprendido a Goethe. Pero queremos ser cuidadosos y comedidos, y en principio solamente decir: nos habríamos entendido a nosotros mismos. Pienso aquí en esa ingeniosa definición de Kant, según la cual «comprender» no es otra cosa que «conocer... en el grado que es *suficiente para nuestra intención».*

394 Ciertamente, esta comprensión es subjetiva y por tanto no es científica en el sentido en el que el cientificismo y la explicación por el principio de causalidad son idénticos. Todavía queda por plantearse la cuestión sobre la validez de esta identificación. En este sentido, debo expresar en voz alta mis dudas para el ámbito de la psicología.

395 Es cierto que hablamos de comprensión «objetiva» cuando hemos explicado de acuerdo con el principio de causalidad. Pero la

comprensión es sustancialmente un proceso subjetivo, al que atribuimos la cualidad de «objetivo», en realidad para distinguirlo de otro tipo de comprensión, que también es un proceso psicológico y subjetivo, pero al que adjudicamos sin más la cualidad de «subjetivo». Hoy en día estamos todos generalmente programados para otorgar sólo a la comprensión «objetiva» el valor del cientificismo, precisamente a causa de su universalidad. Este punto de vista es siempre indiscutiblemente correcto cuando no se trata precisamente del proceso anímico, esto es, en todas las ciencias que no son la psicología misma.

396 Alguien que comprende el *Fausto* objetivamente, esto es, causalmente, comprende una catedral gótica —para expresarlo de forma drástica— históricamente, técnicamente y, en última instancia, también desde el ángulo de la mineralogía. Pero ¿dónde queda el *sentido* de esta obra maravillosa? ¿Dónde queda la respuesta a la pregunta más importante: cómo quería el hombre del gótico redimirse en su obra, y cómo deberíamos comprender su obra subjetivamente, en nosotros mismos? Para el espíritu científico esta parece ser una pregunta ociosa, que al menos nada tiene que ver con la ciencia. Además choca con el principio de causalidad, en la medida en que su intención es claramente especulativo-constructiva. Este espíritu de la escolástica ha sido superado por la modernidad.

397 Si pretendemos abordar la comprensión de lo psicológico, tenemos que insistir en el hecho de la condicionalidad subjetiva de todo conocimiento. El mundo también es *tal como lo vemos* y no exclusivamente objetivo; esto vale todavía más para el alma. Una comprensión «objetiva» del alma es tan poco posible como en el caso del *Fausto* y de la catedral de Colonia. En esta comprensión «objetiva» persiste el valor o la falta de valor de la psicología y del psicoanálisis de carácter experimental que se practican actualmente. Pero el espíritu científico, en la medida en que piensa causalmente, es incapaz de comprender hacia delante; comprende solamente hacia atrás. Al igual que Ahriman, el demonio persa, posee el don del saber ulterior. Este espíritu, sin embargo, es solamente una mitad del alma. La otra mitad, más importante, es constructiva, comprende hacia delante, y cuando esto no sucede no se ha comprendido nada. Si el psicoanálisis de orientación freudiana lograra establecer una conexión completa y concluyente entre el desarrollo sexual infantil de Goethe y el *Fausto* o —según la versión adleriana— entre el ansia infantil de poder del Goethe adulto y su obra, se habría resuelto una importante tarea, a saber: cómo reducir una obra maestra al patrón más sencillo que pueda pensarse. Pero ¿ha construido Goethe su obra *con esa finalidad?* ¿Quería él que se lo entendiese de esta manera?

398 Debería estar suficientemente claro que una comprensión de este tipo sería indudablemente científica pero fundamentalmente errada. Esto generalmente también es válido para la psicología. Comprender el alma causalmente significa comprender solamente una mitad. La comprensión causal del *Fausto* nos aporta claridad sobre cómo ha devenido en una obra de arte acabada, pero no sobre el sentido vivo que ha creado el poeta, que solamente está vivo porque lo volvemos a experimentar en nosotros mismos. En la medida en que la vida real y actual es algo nuevo y que triunfa sobre todo el pasado, del mismo modo el valor principal de una obra de arte debe descubrirse no en su desarrollo causal, sino en su influjo vital. En realidad le quitaríamos valor a una obra como el *Fausto* si la consideráramos meramente como algo devenido; el *Fausto* sólo se comprende cuando se concibe como algo en continuo devenir y que siempre puede volver a experimentarse.

399 Del mismo modo debemos considerar el alma humana: el alma es algo *devenido* solamente en un aspecto, y como tal está sometida al punto de vista causal. Pero por otro lado el alma es algo *que deviene,* que puede concebirse sólo de manera *sintética* o *constructiva.* El punto de vista causal se pregunta exclusivamente cómo ha devenido esta alma actual en lo que hoy aparece. El punto de vista constructivo, en cambio, se pregunta cómo a partir de esta alma devenida se construye un puente hacia el futuro*.

400 Ambos puntos de vista se pueden ilustrar a través de la diferencia en su tratamiento de los símbolos oníricos. Uno de mis pacientes, un hombre con una voluntad extremadamente endeble, vago y pasivo, tuvo el siguiente sueño: *cierto hombre le entregó una vieja espada decorada con curiosos signos antiguos. El soñante se alegró inmensamente por este regalo.* En el momento del sueño el paciente padecía una leve indisposición corporal, que lo había afectado de forma desmedida hasta hacerlo caer en una desesperación y pasividad totales. Había perdido todo placer e interés por la vida.

401 Es completamente cierto que el paciente estaba bajo el poderoso influjo del llamado complejo paterno y deseaba tener el poder fálico sobre su padre (espada). Precisamente éste era su error infantil; no quería más que vencer a la vida de un modo arcaico, sexual. Hasta ese momento la reducción del símbolo onírico fue totalmente satisfactoria. Pero el paciente conocía todo esto y podía interpretar su sueño sin esfuerzo. Por tanto, no aprendió nada de su interpretación.

* Los parágrafos 400-403 se publicaron por primera vez en 1915 en la edición original inglesa y se tradujeron para la Obra Completa.

402 El paciente asoció al *hombre* del sueño con un joven amigo que había enfermado gravemente de tuberculosis y que se consideraba un caso desahuciado. El paciente decía: «Era maravilloso observar cómo mi amigo soportaba los dolores; simplemente tenía una paciencia, valor y esperanza descomunales. Siempre decía: "No quiero morir, estoy decidido a vivir". Su fuerza de voluntad era tan fuerte que finalmente superó la enfermedad y se sanó. Era realmente un ejemplo de valentía». Sus asociaciones en torno a la *espada* fueron: «Una antigua espada de bronce que desde tiempos inmemoriales ha venido pasando de mano en mano. Los signos me recuerdan las lenguas y civilizaciones antiguas. La espada es una vieja herencia de la humanidad, un arma, un instrumento de defensa y ataque, una protección contra los peligros de la vida».

403 Ahora comprendemos: su joven amigo le dio un ejemplo invalorable de cómo se enfrentan los peligros de la vida por medio de una decisión segura y valiente. Las palabras «yo quiero» son la herencia más antigua de la humanidad y la han asistido en innumerables peligros. Estas palabras son la protección de la humanidad civilizada y la diferencian del animal, que solamente obedece al ciego instinto y a la ley natural. Por medio de este sueño se le muestra al paciente un camino hacia un punto de vista más ideal, que lo libera de su autocompasión infantil y que lo conduce a una actitud que siempre ha ayudado a la humanidad frente a las amenazas y los peligros.

404 Así como el modo de consideración causal, que opera mediante el análisis y la reducción de las vivencias individuales, desemboca finalmente en los principios universales de lo psíquico, de la misma manera el punto de vista constructivo, a través de la síntesis de tendencias individuales, desemboca en metas universales. El alma es un punto de transición, por eso está determinada necesariamente por ambos lados. Por un lado ofrece una imagen de la sedimentación de todo pasado y, por otro, una imagen del conocimiento seminal de todo el porvenir, en la medida en que el alma misma crea el futuro.

405 Lo que deviene es, por una parte, resultado y cima de todo lo que ha sido —así es como se manifiesta al punto de vista causal—; por otra parte, es una expresión del porvenir. Debido a que el porvenir sólo en apariencia es igual al pasado, pero es esencialmente siempre nuevo y único —(aunque al punto de vista causal le gusta invertir este juicio)—, también la expresión que ha devenido actual es incompleta, embrionaria en relación al porvenir. En la medida en que concebimos [el contenido actual del alma como expresión simbólica] * del porvenir, surge la necesidad de dedicarle a esta expre-

* La frase incluida entre corchetes ha sido completada por el editor conforme al sentido; parece haberse extraviado.

sión un interés *constructivo.* Casi me siento tentado a decir: un interés «científico». Pero nuestra ciencia es sinónimo del principio de causalidad. Tan pronto como consideramos el alma actual causalmente o científicamente, ésta se nos escapa como algo *que deviene.* Si queremos atrapar ese otro lado del alma, obviamente no podemos hacerlo aplicando exclusivamente el principio de causalidad, sino solamente mediante el punto de vista constructivo. El punto de vista causal reduce todo a algo más simple; el punto de vista constructivo, por el contrario, elabora aspectos más complicados *y* elevados. Por eso, este punto de vista es necesariamente especulativo.

406 Ahora bien, a diferencia de la especulación escolástica, en principio no se pretende que la comprensión constructiva tenga universalidad, sino «meramente» validez subjetiva. Por tanto, si un filósofo especulativo sostiene que ha comprendido correctamente el mundo con su sistema, se engaña, pues «sólo» se ha comprendido y expuesto a sí mismo por medio de una ingenua proyección al mundo. La proyección es un error básico de la escolástica que persiste hasta nuestros días. Como reacción frente a esto, el «cientificismo» moderno ha intentado barrer con la especulación y se ha ido al otro extremo. La ciencia quería crear una psicología «objetiva». Frente a estos intentos, constituye un mérito inmortal el acento que puso Freud en la psicología individual. De esta manera se pone de relieve convenientemente la extraordinaria importancia de lo subjetivo en el desarrollo objetivo del proceso espiritual.

407 Ahora bien, la especulación subjetiva, que no formula ninguna pretensión de validez objetiva, es idéntica a la comprensión constructiva. Es una creación subjetiva que, vista desde fuera, aparece fácilmente como una *fantasía infantil* o al menos como una evidente descendiente de ésta, que también «objetivamente» debe ser tenida por tal, en la medida en que éste «objetivamente» sea considerado idéntico a «científico» o «causal». Pero visto desde dentro, la comprensión constructiva significa *liberación.* «Creación — ésta es la gran liberación del dolor y el tomarse la vida con jovialidad»[11].

408 Si aplicamos los puntos de vista adquiridos a través de esta reflexión a la psicología de esos enfermos mentales a cuya clase pertenece el caso de Schreber, tenemos que reducir la construcción de fantasías del enfermo a fundamentos simples y universales partiendo del punto de vista «objetivo-científico». Así lo hizo Freud. Pero de esta manera sólo se ha realizado la mitad del trabajo. La otra mitad

11. *Also sprach Zarathustra,* p. 124.

consiste en la comprensión constructiva del sistema de Schreber. La pregunta es entonces: ¿con qué objeto pretendía el enfermo liberarse al crear su sistema?

409 Esta pregunta le parecerá absurda al pensador exclusivamente científico de hoy en día. Es seguro que el psiquiatra se reirá de ella, pues está profundamente convencido de la validez universal de su principio sacrosanto de causalidad; el psiquiatra ve el alma como algo meramente derivado, reactivo. Lamentablemente a menudo es evidente la imagen que actúa inconscientemente en su espíritu: alma = secreción del cerebro.

410 Si consideramos la realidad sin prejuicios y nos preguntamos a qué aspira el sistema demencial, vemos en primer lugar que realmente aspira a algo y, en segundo lugar, que también el enfermo pone su voluntad más férrea al servicio del sistema. Existen enfermos que desarrollan su demencia con minuciosidad científica al arrastrar un inmenso material comparativo y demostrativo. Schreber pertenece en parte a esta clase. Otros no proceden de modo tan sistemático y erudito, sino que se dan por satisfechos con una acumulación de expresiones sinónimas de aquello a lo que aspiran. Un buen ejemplo de ello es el caso esbozado más arriba de la paciente que se atribuía todos los «títulos» más grotescos.

411 Esta evidente aspiración de los enfermos a expresar algo con su demencia y dentro de ella es considerada por Freud retrospectivamente como satisfacción fantasiosa de deseos infantiles. Adler lo reduce a la aspiración de poder. Para él la estructura demencial es una «protesta masculina», un medio para asegurarse la supremacía amenazada. Esta aspiración es —caracterizada de esta forma— igualmente infantil; incluso el medio utilizado, la estructura demencial, es infantil, porque es insuficiente con respecto a su objetivo; por eso se puede entender que Freud rechace el punto de vista adleriano. Freud, con cierta razón, subsume esta ansia de poder bajo el concepto de deseo infantil.

412 ¡El punto de vista constructivo funciona de otro modo! Contemplado desde su perspectiva, la estructura demencial como materia no es ni infantil ni tampoco *eo ipso* «patológica», sino *subjetiva,* y por eso mismo tiene derecho a existir en el ámbito de lo subjetivo. El punto de vista constructivo rechaza absolutamente la concepción de que la estructura subjetiva de la fantasía sea *meramente* (o solamente en grado superior) un deseo infantil simbólicamente oculto o un aferrarse enfermizo y obstinado a la ficción de la propia supremacía en la medida en que pretenda ser una explicación definitiva. La actividad subjetiva del espíritu *puede* juzgarse desde fuera, al igual que en última instancia todo puede juzgarse. Sólo que este jui-

ció es lamentablemente inadecuado, ya que forma parte de la esencia de lo subjetivo el que no pueda ser juzgado objetivamente. No podemos medir una distancia en litros. Lo subjetivo solamente se puede comprender y juzgar subjetivamente, esto es, constructivamente. Otro tipo de juicio es injusto y desacertado.

413 Este crédito en blanco que otorga el punto de vista constructivo al subjetivo se le aparece naturalmente al espíritu «científico» como la falta más grave de la razón. Pero puede oponerse a él solamente mientras la construcción no sea declaradamente *subjetiva.* La comprensión constructiva también *analiza,* aunque no *reduce.* Descompone la demencia en componentes *típicos.* Lo que debe considerarse como tipo correspondiente resulta del estado correspondiente de la experiencia y del saber. Incluso los sistemas demenciales más individuales no son absolutamente irrepetibles y únicos, sino que ofrecen analogías llamativas e inconfundibles con otros sistemas. A partir de los análisis comparativos de muchos sistemas se producen las estructuras típicas. Si puede hablarse en general de reducción, se trata meramente de reducción a tipos generales, pero no a un principio general conquistado inductiva o deductivamente, como por ejemplo la «sexualidad» o la «aspiración de poder». Este paralelismo con otras estructuras típicas sirve solamente para ampliar la base sobre la que debe levantarse la construcción. Este paralelismo sirve al mismo tiempo al objetivo de la comunicación objetiva. Pues si se procede de modo totalmente subjetivo se seguiría construyendo en la lengua y en el contorno espiritual del paciente, por medio de lo cual surgiría una estructura que, si bien podría iluminar al paciente y al investigador que trabaja en el caso, no serviría al vasto público con intereses científicos, que no sería capaz de compenetrarse sin más con la peculiaridad de la lengua y el pensamiento del caso individual en cuestión.

414 Los casos de la escuela de Zúrich mencionados más arriba contienen minuciosas y amplias muestras de materiales individuales. En estos casos se encuentra una inmensa cantidad de estructuras típicas, que son inequívocas *analogías de estructuras mitológicas.* A partir de este vínculo se produjo una fuente nueva y altamente valiosa para la investigación comparada. Es verdad que uno no aceptaría sin más el supuesto de una posibilidad comparativa de este tipo. La pregunta se reduce solamente a si los materiales que han de ser comparados son realmente similares o no. También se puede objetar que las estructuras patológicas y mitológicas no pueden compararse así, sin más. Pero esta objeción no se puede formular *a priori,* ya que solamente una comparación minuciosa podría decidir si existe un verdadero paralelismo o no. A día de hoy sabemos solamente que ambas

cosas son estructuras fantasiosas y que, como todos los productos de este tipo, descansan fundamentalmente sobre la actividad de lo inconsciente. La experiencia debe mostrar si la comparación es válida. Considero los resultados obtenidos hasta ahora tan alentadores que la continuación del trabajo en esta línea me parece extremadamente provechosa.

415 Sin explayarme más sobre la esencia del método constructivo, lo he mostrado en su aplicación práctica en un caso que ha publicado Flournoy en *Archives de Psychologie*. Se* trata de una joven dama algo neurótica que en los textos publicados por Flournoy describe cómo fue sorprendida repentinamente por estructuras fantasiosas que irrumpían en la consciencia desde lo inconsciente. He sometido estas fantasías —que en esa publicación están reproducidas al detalle— a mi método constructivo y he expuesto los resultados de estas investigaciones en mi libro *Transformaciones y símbolos de la libido**.* Este libro ha chocado lamentablemente con numerosos e inevitables malentendidos. Pero también aquí he hallado una reparación especialmente valiosa, ya que pude obtener la aprobación de Flournoy, que ha publicado el texto y conoce el caso personalmente. Espero que los trabajos posteriores también logren exponer a un público más amplio el punto de vista de la escuela de Zúrich. Quien, siguiendo el hilo de la presente exposición, haya realizado el esfuerzo por comprender la esencia del método constructivo puede imaginarse fácilmente cuán grandes son las dificultades del trabajo de investigación y cuánto más grandes son aún las dificultades de la exposición objetiva.

416 Entre las diversas dificultades y ocasiones para malentendidos quisiera destacar aquí una muy especial: quien someta el libro de Schreber o algún caso similar a un examen exhaustivo descubrirá sin mayor esfuerzo que este tipo de enfermos emula hasta lo extravagante el afán por una nueva *cosmovisión.* Su objetivo consiste evidentemente en crear un sistema cuyas fórmulas les posibiliten la asimilación de fenómenos psíquicos desconocidos, esto es, que les ofrezcan la posibilidad de clasificarlos dentro de su propio mundo. Esta clasificación es en un principio meramente subjetiva, pero es un punto necesario de transición en el camino que lleva a la clasificación de su personalidad en el mundo general. Sólo que el enfermo se queda detenido en este punto y pone su intuición subjetiva en lugar del mundo, por eso precisamente sigue siendo un enfermo. No puede liberarse del subjetivismo y por eso no encuentra la conexión

* V (1906): *Quelques Faits de Vimagination créatrice subconsciente.*

** Nueva edición: *Símbolos de transformación* (OC 5).

con el pensamiento objetivo, es decir, con la sociedad. El enfermo no alcanza el verdadero punto culminante de la comprensión de sí mismo en la medida en que se comprende de un modo *meramente* subjetivo. Una comprensión meramente subjetiva no es una comprensión verdadera y definitiva, sino que se torna verdadera e *influyente* cuando, tal como lo formula Feuerbach acertadamente, sucede «de acuerdo con muchos otros seres racionales». A través de ello la comprensión se vuelve objetiva[12] y se alcanza la conexión con la vida.

417 Estoy convencido de que no pocos objetarán que, en primer lugar, el proceso de ajuste psicológico no sucede en absoluto por la vía ya comentada de formación de una «cosmovisión» y, en segundo lugar, que ya es indicio de una disposición mental enfermiza realizar el intento de ajustarse por medio de una «cosmovisión». Indudablemente existen numerosas personas que logran compenetrarse y adentrarse en el mundo sin ninguna visión previa. Si se da el caso de que llegan a una visión más general, esto sucede siempre posteriormente. Pero, por otro lado, existen asimismo personas que solamente logran ajustarse mediante una formulación intelectual previa. Lo que no comprenden, o lo que no creen poder comprender, es aquello en lo que no logran entrar ni compenetrarse. Y en general sucede que logran clasificarse en la medida en que han comprendido intelectualmente. A este último tipo parecen pertenecer todos los enfermos que tenemos aquí en la mira.

418 La experiencia médica que existe en la actualidad ha enseñado que hay dos amplios grupos de trastornos nerviosos funcionales: un grupo abarca todas esas formas de enfermedad que se designan comúnmente como «histéricas» y que la escuela francesa ha designado principalmente como *psychasthénie.* Aunque la delimitación, como debo hacer notar, es bastante dudosa, a través de ella quedan sin embargo realzados dos tipos psicológicos que son inconfundiblemente diferentes en la medida en que su psicología está definida por oposiciones diametrales. Yo he designado estos tipos como el tipo *introvertido* y el *extravertido.* Lo histérico pertenece al ízpo *extravertido,* la *psychasthénie* al í/po *introvertido,* lo mismo que la *dementia praecox* hasta el punto en que la conocemos actualmente. La terminología —introversión y extraversión— está vinculada con mi modo de consideración energético de los fenómenos anímicos. Yo supongo una hipotética aspiración básica que he designado como *libido.* De acuerdo al uso clásico de la palabra, «libido» no tiene un significado exclusivamente sexual, como lo tiene en la medicina.

12. Esta comprensión «objetiva» no es idéntica a la comprensión causal.

Como me propuso en una ocasión Claparéde, también se podría utilizar la palabra «interés» en su lugar si esta expresión fuese actualmente tan flexible. También uno podría servirse de la expresión bergsoniana *élan vital* si esta expresión fuese un poco menos biológica y más psicológica. La libido debe ser una expresión energética para *valores psicológicos.* Lo psicológicamente valioso es eficaz; por eso puede considerarse también desde un punto de vista energético, sin que por ello se pretenda plantear la posibilidad de una medición exacta.

419 El tipo introvertido se caracteriza porque su libido se orienta en cierta manera hacia la personalidad misma, esto es, encuentra el valor incondicional en sí mismo. El tipo extravertido, en cambio, dirige su libido en cierta medida hacia fuera, encuentra el valor incondicional en el objeto. El introvertido considera todo según el ángulo del valor de su propia personalidad; el extravertido, en cambio, depende del valor de su objeto. Lamentablemente no puedo entrar aquí en detalle sobre la diferencia entre los tipos. Solamente quisiera subrayar que la cuestión de los tipos constituye un tema fundamental de nuestra psicología y que todos los avances que se presenten deberán pasar probablemente por esta cuestión. La diferencia entre los tipos es alarmantemente grande. Sobre la doctrina de los tipos, que es de especial importancia para la concepción de la *dementia praecox,* existe hasta ahora sólo una pequeña comunicación provisional de mi autoría[13]. Desde el ámbito psiquiátrico, Gross[14] ha llamado la atención sobre la existencia de dos tipos psicológicos: los divide en tipos con consciencia estrecho-profunda y con consciencia amplio-superficial. El primer tipo se corresponde con mi tipo introvertido y el último con el extravertido. En el escrito mencionado anteriormente he reunido algunas pruebas más, entre las cuales deseo recalcar principalmente la acertada exposición de ambos tipos que hace William James en su libro sobre el pragmatismo. Vischer ha ofrecido una distinción especialmente graciosa en su clasificación de los eruditos entre «fanáticos del sentido» y «fanáticos de la materia». En el terreno del psicoanálisis es Freud quien suscribe explícitamente la psicología de la extraversión, Adler la de la introversión. La oposición irreconciliable entre el enfoque de Freud y el de Adler, expuesto principalmente en su libro *Sobre el carácter nervioso,* se explica fácilmente a partir de la existencia de dos psicologías diametralmente opuestas, que si bien hablan de las mismas cosas, lo hacen en un sentido diferente. Un extravertido se

13. «Contribution á l'étude des types psychologiques».
14. *Die zerebrale Sekundarfunktion.*

entenderá muy difícilmente con un introvertido en todas las delicadas cuestiones psicológicas.

420 Un extravertido apenas comprende la necesidad que obliga al introvertido a apoderarse del mundo por medio de un sistema. Y sin embargo esta necesidad existe, de lo contrario no tendríamos cosmovisiones, ni dogmas o cosas similares. La humanidad ilustrada se compondría solamente de empiristas, y las ciencias serían solamente ciencias de la experiencia. Es indudable que el causalismo y el empirismo son potencias predominantes en nuestra vida espiritual presente. Pero el futuro podría ser diferente.

421 Esta diferencia de los tipos es el primer gran obstáculo que se encuentra en el camino de la comprensión. Un segundo obstáculo es la circunstancia de que el método constructivo, fiel a su esencia, debe adaptarse a las directrices de la demencia. Las líneas de pensamiento del enfermo deben tomarse en serio y seguirse consecuentemente; de este modo el investigador se traslada al punto de vista de la psicosis. Tan sólo esta circunstancia puede dar ocasión a que se lo considere a él mismo un loco. Pero al menos el investigador arriesga algo que sigue siendo actualmente insultante para el afectado: cae bajo la sospecha de tener una cosmovisión. La constatación de una posibilidad de este tipo significa lo mismo que la acusación de falta de cientificismo. Pero siempre se tiene una cosmovisión, sólo que mucha gente ignora este hecho. Y los que no lo saben tienen simplemente una cosmovisión inconsciente, y por eso mismo inadecuada y arcaica. Pues todo lo que queda abandonado en el alma y no se desarrolla permanece en su estado originario. Un célebre historiador, cuyo nombre no viene al caso, ha ofrecido un buen ejemplo de cómo las teorías generales son influidas por visiones inconscientes y arcaicas. Este investigador acepta como natural que los humanos se reprodujeran alguna vez mediante el incesto, en la medida en que en la primera familia humana el hermano estuviera destinado a la hermana. ¡Esta teoría se basa exclusivamente en la creencia *inconsciente* que aún subsiste en Adán y Eva como los primeros y únicos padres de la humanidad! Por eso es más prudente intentar tener una cosmovisión moderna o al menos servirse de un sistema más ajustado para evitar este tipo de accidentes.

422 Todavía sería soportable caer bajo la sospecha de poseer una cosmovisión; pero existe un peligro mayor, a saber: que el público crea que la visión del investigador elaborada mediante el método constructivo sea considerada como una visión teórica y objetivamente válida del mundo. Siempre vuelvo a señalar que constituye un tenaz malentendido escolástico no lograr distinguir entre una cosmovisión, que es solamente psicológica, y una teoría extrapsico-

lógica, que afecta a la cosa objetiva. Es imprescindible que todo aquel que lea sobre los hechos del método constructivo pueda realizar esta distinción. El método constructivo no arroja como primer resultado lo que podría denominarse como una teoría científica, sino que ofrece una *línea de desarrollo psicológico,* una *vía* por decirlo de algún modo. Respecto a ello debo remitir al lector a mi libro mencionado anteriormente.

423 El método analítico-reduccionista posee la ventaja de ser mucho más simple que el método constructivo. El primero se reduce sustancialmente a los fundamentos generales y conocidos de naturaleza extremadamente simple. El segundo, en cambio, debe construir con materiales altamente complejos mientras se dirige a una meta desconocida. Este trabajo exige que el investigador ponga enteramente en sus proyectos todas esas fuerzas que actúan en el alma humana. Las necesidades religiosas y filosóficas de la humanidad, que el método reduccionista intenta sustituir por cuestiones más elementales según el principio de «no es más que», deben reconocerse como tales y aceptarse como componentes constructivos imprescindibles si se pretende hacer justicia de manera constructiva a la esencia de los anhelos anímicos. Si un trabajo de este tipo va mucho más allá de los conceptos empíricos básicos, esto radica en la naturaleza del alma humana, que hasta ahora jamás se ha dado por satisfecha única y exclusivamente con la experiencia. Todo lo nuevo en el espíritu humano se origina en la especulación. El desarrollo espiritual se produce en la senda de la especulación y no en la senda de la limitación a la mera experiencia. Soy bien consciente de que voy en paralelo a las opiniones de Bergson, de que el concepto de la libido explicado en mi mencionado libro es un concepto paralelo al de «élan vital» y de que mi método constructivo se corresponde conceptualmente con el «método intuitivo» de Bergson. Pero yo me limito a lo psicológico y al trabajo práctico. Cuando leí por primera vez a Bergson hace año y medio encontré, para mi alegría, todo aquello que era central en mi trabajo práctico expresado en un lenguaje perfecto y con una formulación filosófica maravillosamente clara.

424 Pero cuando se trabaja especulativamente con el material psicológico uno se arriesga a ser presa del malentendido generalizado de asignar el valor de una teoría objetiva a la línea de desarrollo elaborada psicológicamente. Como consecuencia, muchas personas se sienten obligadas a ofrecer sus observaciones sobre si esta teoría es verdadera o falsa. Algunos especialmente iluminados consideran que los conceptos básicos se retrotraen hasta Heráclito o pensadores anteriores. Incluso puedo revelar a estas inteligentes personas que los conceptos básicos que se utilizan en el método constructivo se

remontan hasta un periodo anterior a toda filosofía histórica, esto es, hasta las «intuiciones» dinámicas de los pueblos primitivos. Si el resultado del método constructivo fuera teoría científica, las cosas se presentarían muy mal para él, pues supondría un retroceso hacia la superstición más profunda. Pero como el método constructivo no ofrece nada menos que la teoría científica, la gran antigüedad de los conceptos básicos que allí se utilizan habla en favor de su extraordinaria validez. Una vez que el método constructivo nos haya deparado numerosas experiencias, podremos acometer la construcción de *una teoría científica,* una *teoría de las líneas de desarrollo psicológico.* Pero por el momento tenemos que contentarnos con comprobar individualmente esas líneas.

P. S. La aparición de la segunda edición de mi escrito sobre *El contenido de la psicosis* tiene lugar en un momento de transición hacia nuevos conceptos que podrían utilizarse en parte en el terreno de la *dementia praecox.* La tarea del futuro más próximo consistirá en elaborar sistemáticamente la estructura demencial desde el punto de vista del método constructivo. Podemos esperar que con este método comprenderemos los significados de modo más cabal que con el modo de consideración analítico-reduccionista.

3

CRÍTICA DE *LA TEORÍA DEL NEGATIVISMO ESQUIZOFRÉNICO* DE E. BLEULER*

425 El trabajo de Bleuler contiene un interesante análisis *clínico* del concepto de «negativismo». Aparte de una formulación exhaustiva y bastante aguda de las diferentes formas de manifestación del negativismo, el autor introduce un nuevo concepto psicológico que merece atención: es el concepto de *ambivalencia* o *ambitendencia,* con el que se formula el hecho psicológico de que toda tendencia está equilibrada por otra que actúa como contraste. (Hay que añadir que por eso mismo el acto positivo debe su existencia a un *excedente relativamente pequeño* de una de las partes.) Así como toda tendencia se encuentra equilibrada, del mismo modo todos los tonos afectivos están equilibrados por su contraposición, por lo que a la representación afectiva le corresponde un carácter *ambivalente.* Esta formulación se basa en la observación clínica del negativismo catatónico, que por otra parte evidencia muy claramente la permanencia de tendencias y valencias contrastantes. El psicoanálisis conoce bien estos fenómenos; en este caso se subsumen bajo el concepto de *resistencia,* que en principio no está pensado de modo que, para concebir el acto psíquico positivo, hubiera siempre que pensar también en su opuesto. A partir del trabajo de Bleuler se puede obtener fácilmente la impresión de que el autor defiende el punto de vista que *cum grano salis* sostiene que la representación o la tendencia del esquizofrénico implica *necesariamente su opuesto-,* Bleuler dice por ejemplo:

Las causas disponibles de los fenómenos negativos son:

' * Publicado por primera vez en *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (Leipzig/Wien) III (1911), pp. 469-474.

1. La *ambitendencia,* que con cada impulso hace aparecer simultáneamente un contraimpulso.
2. La *ambivalencia,* que otorga a la misma idea dos tonos afectivos opuestos y permite pensar el mismo pensamiento de manera positiva y negativa al mismo tiempo.
3. La *disociación esquizofrénica de la psique,* la cual impide que se extraiga una conclusión a partir de los psiquismos de rechazo y afirmación, de tal modo que tanto el impulso más desajustado como el más ajustado pueden transformarse en una acción adecuada, y que con el pensamiento correcto, o en lugar del mismo, también puede pensarse su negativo.

«A causa de estas inclinaciones pueden surgir directamente fenómenos negativos de tal modo que los psiquismos positivos y negativos se remplacen recíprocamente *sin orden ni concierto*[1]*»,* etcétera.

426 Si investigamos psicoanalíticamente un caso de evidente manifestación de ambivalencia, esto es, una reacción negativa más o menos inesperada en lugar de una positiva, nos hallamos ante una serie causal psicológica rigurosamente cerrada que condiciona la reacción negativa, y dicha serie causal posee una tendencia que interfiere de modo perturbador en la intención de la serie contrastante, esto es, se trata de *una resistencia que parte del complejo.* Considero que este hecho, no refutado hasta el momento por ninguna otra observación, contradice el sentido de las formulaciones expuestas más arriba[2]. El psicoanálisis ha demostrado suficientemente que la resistencia nunca es algo que se da sin orden ni concierto o de forma absurda, y que por consiguiente los juegos de contraste no son arbitrarios. Creo haber demostrado que *el carácter sistemático de la resistencia también es válido para la esquizofrenia.* Mientras esta constatación basada en abundante experiencia no sea refutada por otras observaciones, la teoría del negativismo debe orientarse por ella. De todos modos, Bleuler en cierto sentido lo tiene en cuenta cuando dice: «Pero generalmente la reacción negativa no aparece como algo meramente arbitrario, siwo *que es favorecida precisamente por la positiva»*[3]. Así pues, la naturaleza resistente del negativismo estaría admitida. Con esta constatación queda abolido el significado causal de la ambivalencia en lo que al negativismo refiere. Lo significativamente causal es meramente la *tendencia a la resistencia.* Por eso, la ambivalencia no puede de ningún modo equipararse a la «disocia-

1. La cursiva es mía.
2. Cf. mi constatación en *Sobre la psicología de la* dementia praecox.- *un ensayo* (primer tratado de este volumen, § 179).
3. La cursiva es mía.

ción esquizofrénica de la psique», sino que es un concepto que expresa la íntima asociación de los contrastes, que está presente siempre y en todas partes[4].

427 Lo mismo se aplica a la ambitendencia. Ninguno de estos dos fenómenos es específico de la esquizofrenia, sino que valen tanto para las neurosis como para los estados normales. Para el negativismo catatónico sólo queda en principio el *contraste intencional,* esto es, la *resistencia.* Como se desprende de la explicación anterior, la resistencia es algo diferente de la ambivalencia; la resistencia es el factor impulsor que hace que se manifieste la ambivalencia latente en todas partes. Por tanto, lo más característico del estado de enfermedad mental no es la ambivalencia, sino la resistencia. Este hecho implica la existencia de un conflicto entre dos corrientes opuestas que han logrado elevar la ambivalencia normal (existente) hasta la lucha manifiesta de componentes opuestos[5]. En otras palabras: una voluntad se ha sublevado contra otra, con lo cual se presenta el estado neurótico, «el ya no ser uno consigo mismo». Este estado es la única «disociación de la psique» que conocemos, que por consiguiente no es una causa disponible, sino más bien una manifestación de la consecuencia del conflicto interior, de la «incompatibilidad del complejo» (Riklin).

428 Ahora bien, la *resistencia* como hecho fundamental de la disociación esquizofrénica, a diferencia de la ambivalencia, no debe pensarse *eo ipso* como algo que viene dado con el concepto del tono afectivo, sino como un agregado secundario que posee su historia de desarrollo psicológico particular y casi independiente, y que precisamente es idéntico a los antecedentes del complejo necesariamente existentes en cada caso. Por esta circunstancia, la teoría del negativismo debe coincidir con la teoría del complejo en la medida en que el complejo es la causa de la *resistencia.* Bleuler recoge las siguientes causas del negativismo:

a) El retraimiento autista del paciente hacia sus fantasías.

b) La permanencia de una herida vital (complejo) que debe protegerse ante cualquier contacto.

c) El desconocimiento del entorno y de sus intenciones.

d) La relación directamente hostil con el entorno.

e) La excitabilidad patológica de los esquizofrénicos.

f) El «asedio de los pensamientos» y otras dificultades de la acción y del pensamiento.

4. Cf. el trabajo de Freud «El sentido antitético de las palabras primitivas».

5. Lo que Freud designa muy atinadamente como «separación de los pares de opuestos».

g) También la sexualidad, con su tono afectivo ambivalente, es a menudo una de las raíces de las reacciones negativas.

429 *Ad a.* El «retraimiento aurista» hacia las fantasías[6] es lo mismo que he designado antes como el evidente predominio de las fantasías del complejo. El fortalecimiento de la posición del complejo es idéntico al aumento de la resistencia.

430 *Ad b.* La herida vital es el complejo, que naturalmente se encuentra presente en cada caso de esquizofrenia y siempre conlleva necesariamente los fenómenos del autismo o autoerotismo, pues el complejo y el egocentrismo instintivo son reciprocidades inseparables. Por eso el punto *a* y el *b* son realmente idénticos[7] [8].

431 *Ad c.* Se ha comprobado que el «desconocimiento del entorno» es una asimilación del complejo.

432 *Ad d.* La «relación hostil con el entorno» es un máximo de la resistencia, como demuestra el psicoanálisis de casos raros. Por eso el punto *d* coincide con el *a.*

433 *Ad e.* La «excitabilidad» se manifiesta psicoanalíticamente como una de las consecuencias más comunes del complejo. He designado su forma sistemática como la *sensibilidad del complejo.* Su forma general, si es que todavía puede hablarse de algo así, se revela como un estancamiento afectivo (= estancamiento de la libido) a causa de resistencias cada vez mayores. Un clásico ejemplo de esto es lo que se denomina neurastenia.

434 *Ad f.* Bajo el «asedio de los pensamientos» y otras dificultades intelectuales similares hay que subsumir también la «lógica confusa y deficiente del pensamiento esquizofrénico», que Bleuler considera una «causa que predispone». Como supongo que es conocido, en su momento me manifesté con suma reserva sobre la «intencionalidad» de la inclinación esquizofrénica. Otras experiencias profundas me han enseñado que las leyes freudianas de la psicología del sueño y la doctrina de las neurosis también deben aplicarse al oscurecimiento del pensamiento esquizofrénico. *El miedo a lo penoso que resulta elaborar el complejo lleva a la censura en su exposición*.* Este principio debe encontrar su aplicación en el trastorno esquizofrénico del pensamiento, y hasta que no se demuestre que este principio no es válido para la esquizofrenia no existe ninguna justificación para erigir un nuevo principio explicativo, esto es, postular que el trastorno esquizofrénico del pensamiento es primario. La obser-

6. Autismo (Bleuler) = autoerotismo (Freud). Desde hace tiempo me he valido del concepto de *introversión.*

7. Cf. mis explicaciones sobre el complejo en: *Sobre la psicología de la* dementia praecox; *un ensayo* caps. II y III [primer tratado de este volumen, § 77-142].

8. De ahí la sustitución del complejo por el simbolismo correspondiente.

vación de la actividad espiritual hipnagógica, así como de los procesos asociativos en estado de atención relajada, genera productos psíquicos que deben equipararse a los productos espirituales esquizofrénicos, pues hasta el momento no se los ha podido diferenciar de aquéllos. Basta por ejemplo con un gran relajamiento de la atención para que aparezcan estructuras idénticas a las fantasías y modos expresivos de la esquizofrenia. Acaso se recuerde que yo reduje el notorio trastorno de la atención presente en la esquizofrenia al comportamiento especial del complejo; ésta es una concepción que desde 1906 he vuelto a confirmar a través de otras experiencias. Por buenos motivos he aprendido a concebir el trastorno del pensamiento específico de la esquizofrenia como una *consecuencia del complejo.*

435 En lo que refiere al síntoma de «asedio de los pensamientos», se trata en primer término y también en lo fundamental de «pensamiento obsesivo» que, tal como Freud ha demostrado de modo muy bello, en primer lugar es un *pensamiento del complejo* y, en segundo lugar, surge de una *sexualización del pensamiento.* Luego, al síntoma de «asedio de los pensamientos» se agrega ocasionalmente un momento «maníaco» que podemos observar en toda liberación o producción de libido intensa. El «asedio de los pensamientos» se manifiesta ante una mirada más cercana como una consecuencia de la introversión esquizofrénica que conduce necesariamente a una «sexualización» (= autonomización) del pensamiento, esto es, a una «autonomía del complejo»[9].

436 *Ad g.* El pasaje sobre la *sexualidad* parece difícilmente comprensible si se lo considera desde el punto de vista psicoanalítico. Si tenemos en cuenta que la historia del desarrollo de la *resistencia* coincide con la prehistoria del complejo de cada caso, tendremos que preguntarnos: ¿es sexual el complejo o no? (Por supuesto que aquí tenemos que considerar la sexualidad en su verdadero sentido de «psicosexualidad».) El psicoanálisis contestaba y contesta a esta pregunta con una respuesta inmutable: *la resistencia se origina siempre en un desarrollo sexual peculiar.* Como es sabido, este último conduce al conflicto, es decir, al complejo. Todos los casos de esquizofrenia que han podido analizarse hasta ese estadio confirman esta afirmación. Por eso merece al menos el valor de una *working hypothesis* y exige ser puesta en práctica. Por tanto, según el estado actual de nuestro saber, no se comprende por qué Bleuler otorga a la sexualidad una influencia solamente ocasional sobre el fenómeno del nega-

9. Cf. *Sobre la psicología de la* dementia praecox.- *un ensayo,* cap. IV y V [primer tratado de este volumen, § 143-314].

tivismo, puesto que el psicoanálisis ha demostrado que la *resistencia* es la fuente del negativismo, y la resistencia, tanto en la esquizofrenia como en todas las restantes neurosis, se origina en la peculiaridad del desarrollo sexual.

437 Actualmente apenas subsisten dudas de que la esquizofrenia (con la predominancia del mecanismo de introversión) posee esencialmente los mismos mecanismos que cualquier otra «psiconeurosis». Por eso, al menos según mi opinión, sus síntomas específicos pueden considerarse solamente desde el punto de vista psicoanalítico —haciendo excepción del punto de vista descriptivo-clínico (exceptuando el punto de vista anatómico)—, sobre todo cuando la investigación se orienta principalmente a los momentos genéticos. Por tanto, más arriba he intentado esbozar cómo se presentan las formulaciones de Bleuler a la luz de la teoría del complejo, pues aquí siento la obligación de recordar esta teoría, ya que de ningún modo estoy dispuesto a renunciar a esta visión conquistada con esfuerzo.

4

SOBRE EL SIGNIFICADO DE LO INCONSCIENTE EN PSICOPATOLOGÍA*

438 Cuando designamos algo como «inconsciente» no debemos olvidar que, visto desde el punto de vista de la función cerebral, puede ser inconsciente de dos maneras: fisiológica y psicológicamente. Aquí me ocuparé solamente del último punto de vista. Para nuestros objetivos podemos definir lo inconsciente como la totalidad de los procesos psíquicos que no son percibidos, que son, por tanto, inconscientes.

439 Lo inconsciente contiene todos esos procesos psíquicos que no poseen la intensidad suficiente para atravesar el umbral entre la consciencia y la inconsciencia. Permanecen, por tanto, bajo la superficie de la consciencia y a veces se hacen notar de modo subliminal.

440 Los psicólogos saben desde Leibniz que los elementos (ideas y sentimientos) que componen la consciencia —el llamado contenido de la consciencia— son muy complejos y descansan sobre elementos más simples y totalmente inconscientes; la consciencia surge a partir de su unión. Leibniz ya había mencionado las *perceptions insensibles,* esas percepciones confusas que Kant designó como «representaciones vagas» y que sólo pueden llegar a la consciencia a través de un camino indirecto. Algunos filósofos posteriores atribuyeron a lo inconsciente el primer lugar como fundamento de la consciencia.

441 Éste no es el sitio para discutir las numerosas teorías especulativas y las infinitas disputas filosóficas sobre la naturaleza y las características de lo inconsciente. Debemos darnos por satisfechos con

* Conferencia pronunciada ante la Sección de Neurología y Medicina Psicológica en la reunión anual de la British Medical Association, julio de 1914, en Aberdeen. Publicado en *British Medical Journal* (London) II (1914), pp. 964-966. El presente texto se basa en una versión alemana ligeramente elaborada y abreviada, que nunca fue publicada. La traducción del inglés para la Obra Completa es de Hans Thiele-Dohrmann.

la definición ya existente, que demostrará ser más que suficiente para nuestros objetivos, a saber: comprender lo inconsciente como la totalidad de los procesos psíquicos por debajo del umbral de la consciencia.

442 La pregunta acerca de la importancia de lo inconsciente para la psicopatología puede formularse brevemente del siguiente modo: «¿cuál será el comportamiento probable del material psíquico inconsciente en los casos de neurosis y psicosis?».

443 Para comprender mejor la situación de los trastornos mentales quizás tenga más sentido considerar antes que nada el comportamiento del material psíquico inconsciente de una persona normal e intentar descubrir en él aquello que pueda ser inconsciente. A fin de poner esto en práctica necesitamos para empezar un inventario exhaustivo del contenido de su consciencia; tras un proceso selectivo podemos esperar descubrir lo que contiene su inconsciente. Pues evidentemente aquello que se encuentra en la consciencia no puede —*per exclusionem*— ser inconsciente. Para alcanzar este objetivo debemos investigar todas las actividades, intereses, pasiones, penas y alegrías que conforman el contenido de la consciencia. Todo lo que podamos descubrir por esta vía *ipso facto* ya no puede considerarse como posible contenido de lo inconsciente, y por tanto podemos esperar hallar en lo inconsciente solamente aquellas cosas que no hemos encontrado en la consciencia.

444 Pongamos un ejemplo concreto: un comerciante, felizmente casado, padre de dos niños, metódico y escrupuloso en sus asuntos de negocios, intenta al mismo tiempo mejorar su posición social todo lo posible; tiene confianza en sí mismo, cuenta con formación en cuestiones religiosas e incluso pertenece a una asociación que fomenta ideas liberales.

445 ¿Cómo se supone que será el contenido inconsciente de una persona de este tipo?

446 Desde el punto de vista explicado más arriba, todos aquellos aspectos de la personalidad que no están en la consciencia deberían encontrarse en lo inconsciente. Supongamos, por tanto, que este hombre cree poseer todos los buenos atributos que acabamos de describir, ni más ni menos. Por consiguiente, no tiene demasiado claro que un hombre no debe ser solamente laborioso, metódico, escrupuloso, sino que también puede ser negligente, indiferente y poco formal; pues algunos de estos atributos negativos son patrimonio común de la humanidad y parte constituyente de todo carácter. Este excelente comerciante olvida que no hace mucho ha dejado varias cartas sin contestar, aunque podría haberlas contestado inmediatamente. También olvida que ha descuidado traer un libro

de la librería que le había pedido su esposa, aunque podría haberlo anotado sin problemas. Pero estas cosas le suceden a menudo. A partir de esto sólo se puede concluir que también él es vago y poco formal. Está convencido de ser un ciudadano intachable; pero a pesar de eso ha omitido declarar a las autoridades todos sus ingresos, y cuando le aumentan los impuestos da su voto a los socialistas.

447 Él se cree independiente en sus decisiones. Recientemente cerró un buen negocio en la bolsa; pero cuando se dispone a registrar en su libro los detalles de la transacción comprueba con disgusto que tuvo lugar un viernes 13. Por tanto, es supersticioso y en absoluto libre en sus decisiones.

448 Ahora bien, no nos sorprende en absoluto que estas faltas compensadoras formen una parte esencial de lo inconsciente. Y evidentemente también lo opuesto es cierto: que las virtudes inconscientes compensan ciertas carencias de la consciencia. La ley que se puede derivar de esto sería por tanto muy sencilla: el derrochador conciente es inconscientemente un tacaño, el filántropo es inconscientemente un egoísta y un misántropo. Pero lamentablemente no es tan sencillo, aunque en esta simple regla se oculte una pizca de verdad. Existen importantes factores hereditarios, latentes o explícitos, que trastocan la simple regla de compensación y que la hacen variar mucho en cada caso particular. Alguien puede por ejemplo ser filántropo por diferentes motivos, pero el tipo de altruismo depende de su factor hereditario, y sus motivos determinan cómo se compensará esta orientación filantrópica. Para diagnosticar un egoísmo inconsciente no basta solamente con saber que una persona es un filántropo; para un diagnóstico de este tipo también tenemos que investigar minuciosamente los motivos.

449 La tarea principal de lo inconsciente en las personas normales consiste en tener un efecto compensatorio y establecer un equilibrio. Todas las tendencias extremadamente concientes son suavizadas y moderadas mediante un contraimpulso en lo inconsciente. Este influjo compensador se expresa, como he intentado demostrar en el caso del comerciante, en ciertas actividades inconscientes, aparentemente absurdas, que Freud ha denominado acertadamente acciones sintomáticas.

450 También debemos agradecer a Freud el haber dirigido la atención al significado de los sueños. Pues a través de los sueños aprendemos mucho sobre esta función compensadora. Un excelente ejemplo histórico de esto lo ofrece el célebre sueño de Nabucodonosor, en el cuarto capítulo del *Libro de Daniel.* En la cima de su poder, Nabucodonosor tuvo un sueño en el que se anunciaba su caída. Soñó con un árbol que había crecido hasta el cielo y que pronto cae-

ría. Evidentemente este sueño compensaba el excesivo sentimiento de poder del rey.

451 Ahora bien, si consideramos los desequilibrios mentales, podemos después de lo dicho reconocer fácilmente dónde radica la importancia de lo inconsciente para la psicopatología. Pero investigaremos ahora dónde y cómo se manifiesta lo inconsciente en los estados mentales anormales. La manera en que lo inconsciente se encuentra activo se puede comprobar más claramente en trastornos de naturaleza psicógena, como por ejemplo la histeria, la neurosis obsesiva, etcétera.

452 Desde hace mucho tiempo sabemos que ciertos síntomas de estos trastornos son causados por procesos inconscientes. Son igualmente claras —aunque se les ha prestado menos atención— las manifestaciones de lo inconsciente en los pacientes que padecen una enfermedad mental real. Del mismo modo que las ideas intuitivas de las personas normales no surgen a partir de combinaciones lógicas del entendimiento consciente, las alucinaciones e ideas delirantes del enfermo mental no se originan a partir de procesos conscientes, sino inconscientes.

453 Antes, en una época más materialista de la psiquiatría, se creía que todas las ideas delirantes, las alucinaciones, las estereotipias, etc., estaban causadas por una enfermedad de las células cerebrales. Los partidarios de esta teoría pasaban por alto que las ideas delirantes, las alucinaciones, etc., aparecen también en determinados trastornos funcionales, y no solamente allí, sino también en personas normales. Los primitivos pueden tener visiones y oír voces sin que sus procesos mentales sufran el menor trastorno. Reducir este tipo de fenómenos a una enfermedad de las células cerebrales me parece superficial e injustificado. Las alucinaciones muestran con mucha claridad cómo una parte de los contenidos inconscientes puede penetrar a través del umbral de la consciencia. Lo mismo es válido para la idea delirante, cuya aparición es extraña e inesperada para el mismo paciente.

454 La expresión «equilibrio anímico» no es una mera figura retórica, pues se trata realmente de un trastorno del equilibrio que existe entre los contenidos conscientes y los inconscientes. Y esto sucede cuando la actividad normal de lo inconsciente irrumpe de modo anormal en la consciencia y de esta manera trastorna el ajuste del individuo a su entorno.

455 Cuando investigamos la historia vital de una persona de este tipo descubrimos con frecuencia que ha vivido durante un tiempo considerable en un estado de singular aislamiento, más o menos apartado del mundo real. Este estado de aislamiento puede remitirse a ciertas particularidades innatas o adquiridas tempranamente, que

se repiten una y otra vez en el correr de su vida. En la anamnesis de estos pacientes que padecen *dementia praecox* recogemos a menudo afirmaciones como éstas: «siempre tuvo-una tendencia a la cavilación y se apartaba de los demás. Después de la muerte de su madre se apartó todavía más del mundo y evitó a sus amigos y conocidos». O también: «Ya desde niño hacía todo tipo de descubrimientos extraños. Y más tarde, cuando se transformó en ingeniero, tenía los planes más ambiciosos».

456 Parece entonces evidente que en lo inconsciente se genera un antídoto para equilibrar la unilateralidad de la postura consciente. En el primer caso mencionado podemos esperar un deseo creciente de relaciones humanas y añoranza de la madre, de amigos, de relaciones personales, mientras que en el segundo caso la autocrítica se esforzará por establecer un equilibrio. En el caso de las personas normales nunca se da una postura tan unilateral en la que los influjos correctores de lo inconsciente en la vida cotidiana no tuviesen ningún tipo de efecto. Por otro lado, es algo muy típico de las personas anormales que rehúsen reconocer el influjo compensador de lo inconsciente; incluso llegan a aumentar su unilateralidad, de acuerdo con el conocido hecho psicológico según el cual el peor enemigo del lobo es el perro lobo, el más despreciador del negro es el mulato y el converso es el fanático más extremista; pues uno se transforma en fanático cuando externamente ataca algo de cuya verdad se está internamente convencido.

457 La persona desequilibrada anímicamente intenta defenderse de su propio inconsciente, esto es, lucha contra sus influjos compensatorios. El hombre que ya vive en el aislamiento se aleja cada vez más del mundo real, y el ambicioso ingeniero aspira a demostrar la deficiencia de sus fuerzas compensadoras y autocríticas mediante sus invenciones exageradamente patológicas. Esto desemboca en un estado de excitación que genera una considerable falta de ajuste entre las tendencias conscientes y las inconscientes. Los pares de opuestos se separan y la fisura que resulta de ello conduce a la desgracia, pues lo inconsciente empieza inmediatamente a imponerse de forma violenta a la consciencia. Luego aparecen los pensamientos y humores extraños e incomprensibles, y a menudo alucinaciones que portan claramente el sello del conflicto íntimo.

458 Los impulsos correctores o las compensaciones que ahora irrumpen en la consciencia deberían ser en realidad el comienzo de un proceso de curación, pues con ellos debería anularse la anterior actitud de aislamiento. Pero en realidad esto no sucede porque los impulsos correctores inconscientes se hacen perceptibles a la consciencia de un modo que ésta no puede aceptar.

459 La persona aislada empieza a escuchar voces extrañas que la acusan de asesinato y otros crímenes. Estas voces la arrastran a la desesperación, y en su excitación intenta entrar en contacto con su entorno y hace exactamente eso que antes había evitado con temor. De esta manera se ha llevado a cabo la compensación, pero en desmedro del individuo.

460 El inventor patológico, incapaz de obtener enseñanzas de sus errores pasados, se entrega cada vez más a sus planes delirantes y rehúsa aceptar el valor de la autocrítica. Pretende alcanzar lo imposible, pero en lugar de eso cae en el absurdo. Después de un tiempo se percata de que la gente habla de él, de que hacen observaciones despreciativas y que incluso se ríen de su persona. Cree que existe una amplia conspiración a fin de frustrar sus descubrimientos y exponerlos al ridículo. Su inconsciente obtiene los mismos resultados que podría haber alcanzado su autocrítica; pero nuevamente esto sucede en perjuicio del individuo, ya que la crítica se proyecta a su entorno.

461 Una forma particularmente típica de compensación inconsciente —para ofrecer otro ejemplo— es la paranoia del alcohólico. El alcohólico deja de amar a su mujer; la compensación inconsciente intenta volver a llevarlo a su deber, pero sólo obtiene un éxito parcial, pues lo que hace es darle la ocasión de volverse celoso de su mujer como si todavía la amara. Como sabemos, alguien puede llegar hasta el punto de matar a su mujer y a sí mismo por celos. En otras palabras: el amor a su mujer no está totalmente extinguido, sino que se ha vuelto inconsciente. Pero desde el ámbito de lo inconsciente sólo puede reaparecer bajo la forma de celos.

462 Vemos algo similar en las personas que se convierten de una comunidad religiosa a otra diferente. Todo el que se convierte del protestantismo al catolicismo tiene, como es sabido, una ligera tendencia hacia el fanatismo. La persona no ha abandonado totalmente su fe protestante, sino que ésta se ha sumergido en lo inconsciente, donde actúa continuamente como contraestímulo frente al catolicismo recién adoptado. Por eso el nuevo converso se encuentra bajo la presión de defender fanáticamente la nueva fe adoptada. Lo mismo sucede con el paranoico, que se ve obligado a adoptar una postura defensiva frente a toda crítica proveniente del exterior debido a que su sistema demencial se encuentra muy amenazado desde dentro.

463 La extraña manera en que estos influjos compensatorios irrumpen en la consciencia se explica, en primer lugar, porque tienen que luchar contra obstáculos ya existentes y por eso se le presentan al paciente de una manera totalmente desfigurada. En segundo

lugar, estos influjos compensatorios sólo pueden mostrarse en el lenguaje de lo inconsciente, esto es, en un material inconsciente de naturaleza muy heterogénea. Pues todo lo que ya no tiene valor para la consciencia o no encuentra una aplicación adecuada se vuelve inconsciente. Este tipo de material incluye todas esas fantasías infantiles olvidadas que jamás han ingresado en la consciencia humana y de las cuales sólo existen leyendas y mitos. Por determinados motivos que aquí no puedo exponer, este material se encuentra frecuentemente en la *dementia praecox.*

464 Con esta breve exposición, que considero bastante incompleta, espero haber logrado ofrecer una ojeada sobre la importancia —tal como yo la veo— de lo inconsciente para la psicopatología. Resulta imposible transmitir en un ensayo breve una noción precisa de la totalidad del trabajo que se ha realizado hasta el momento en este campo.

465 Para resumir, se podría decir que la función de lo inconsciente en los trastornos mentales consiste esencialmente en una compensación del contenido consciente. Pero, debido a la unilateralidad característica de los afanes conscientes, en todos estos casos los antídotos compensatorios son sin embargo inútiles. Estas tendencias inconscientes irrumpen inevitablemente en la consciencia; pero al ajustarse a la fijación unilateral *y* consciente de los objetivos aparecen siempre bajo una forma desfigurada e inadmisible.

5

SOBRE EL PROBLEMA DE LA PSICOGÉNESIS EN LAS ENFERMEDADES MENTALES*

466 Si me atrevo a emitir un juicio sobre el problema de la psicogénesis en las enfermedades mentales lo hago conscientemente de que estoy tocando una cuestión que no es precisamente popular. Los grandes avances que se han realizado en el terreno de la anatomía cerebral y de la fisiología patológica, sumados al prejuicio generalizado que existe actualmente frente a las ciencias naturales, nos han enseñado a buscar siempre y en todas partes las causas materiales y a sentirnos satisfechos cuando las hemos encontrado. La vieja explicación metafísica de la naturaleza se ha visto desacreditada a causa de sus múltiples errores, hasta el punto de que se ha perdido el valor de su punto de vista psicológico. Durante las primeras décadas del siglo xix, la explicación metafísica de la naturaleza desembocaba en la psiquiatría en teorías moralista-etiológicas que explicaban la enfermedad mental como consecuencia de faltas morales. Sólo en la época de Esquirol la psiquiatría se transformó en una ciencia natural.

467 El desarrollo de las ciencias naturales trajo consigo una cosmovisión general —la del materialismo científico— que, desde el punto de vista psicológico, descansaba sobre una considerable sobrestimación de la causalidad física. El materialismo científico se niega por principio a reconocer cualquier otro tipo de relación causal que no sea el físico. El dogma materialista, tal como se formula en la psiquiatría, es el siguiente: «las enfermedades mentales son enferme-

* Conferencia pronunciada ante la Sección de Psiquiatría en la reunión anual de la Royal Society of Medicine el 11 de julio de 1911 en Londres. Publicada en *Proceedings ofthe Royal Society of Medicine* (London) XII/3 (1919), pp. 63-76. Ha sido ligeramente reelaborada para la Obra Completa. La traducción del inglés al alemán estuvo a cargo de Hans Thiele-Dohrmann.

dades cerebrales». Este dogma sigue siendo válido hoy en día, aunque el materialismo en la filosofía ya se encuentre en declive. La validez casi incuestionable del dogma materialista en psiquiatría radica principalmente en que la medicina es una ciencia natural y el psiquiatra, como médico, es un científico dedicado a las ciencias naturales. El estudiante de medicina sobrecargado por los estudios de las especialidades no puede permitirse el lujo de desviarse al terreno de la filosofía y está sometido exclusivamente al influjo de axiomas materialistas. Por consiguiente, las investigaciones psiquiátricas se dedican principalmente a problemas anatómicos, siempre que no estén ocupados en cuestiones de diagnóstico y clasificación. Por tanto, normalmente el psiquiatra considera la etiología física como algo de primera clase, mientras que ve a la etiología psicológica como algo secundario y subordinado; y debido a esta postura sólo tiene en cuenta las relaciones causales de tipo físico y pierde de vista su determinación psíquica. Con esta actitud no se puede apreciar la importancia de los factores psicológicos decisivos. Los médicos me han asegurado con frecuencia que en sus pacientes no puede constatarse huella alguna de conflictos psíquicos o de síntomas psicógenos; pero con igual frecuencia he descubierto que, si bien habían investigado todos los sucesos de tipo corporal, no habían tomado nota alguna de los sucesos de naturaleza psíquica, pero no por negligencia, sino debido a la típica subestimación del alcance del factor psicológico.

468 Por ejemplo: en una ocasión se me llamó como asesor para un caso en que dos conocidos neurólogos habían diagnosticado un sarcoma en las membranas de la médula espinal. La paciente, una mujer de unos cincuenta años, padecía un sarpullido curiosamente simétrico y profería gritos convulsivos. Los médicos habían realizado el examen físico con una minuciosidad extraordinaria, igualmente la anamnesis. Se había extraído una muestra de piel que fue analizada histológicamente. Pero se había pasado por alto completamente que la paciente era un ser humano con una psique humana. El hecho de que no se investigara la causa de la enfermedad debe imputarse a la típica infravaloración del punto de vista psicológico.

469 La paciente era viuda. Vivía con su hijo mayor, a quien amaba a pesar de las muchas disputas y de las dificultades mutuas. Sustituía en cierta medida a su marido. En estas circunstancias, la vida se fue tornando insoportable para el hijo, que finalmente decidió separarse de su madre y vivir en otro sitio. Ella tuvo el primer ataque histérico el día que él se marchó. Éste fue el comienzo de una penosa enfermedad. Como se comprobó claramente mediante la anamnesis psicológica, los estados de mejora y empeoramiento en el proceso de la enfermedad se correspondían con todas las modificaciones en la re-

lación con el hijo. Naturalmente que el diagnóstico erróneo no contribuyó a mejorar los síntomas, sino que éstos empeoraron aún más el estado de la enfermedad. Como mostró el desarrollo posterior, se trataba de un caso habitual de histeria. Dado que ambos médicos estaban hipnotizados por su fe en la causa física y en la naturaleza física de la enfermedad, no pensaron ni por un momento en investigar las condiciones psíquicas de la paciente. Por eso ambos me aseguraron que en este caso no había «nada psíquico».

470 Tales errores son fácilmente comprensibles si se tiene en cuenta que ni los psiquiatras ni los neurólogos tienen otra formación que la de las ciencias naturales. Pero para estas ramas de la medicina son totalmente imprescindibles los conocimientos psicológicos. La carencia de formación psicológica, especialmente en el caso de los médicos generales, se compensa más tarde, con frecuencia a través de la experiencia vital y las fundamentales vivencias sentimentales ligadas a ella; pero lamentablemente éste no es el caso más general. De todos modos, el estudiante escucha poco y nada de psicopatología. Incluso si el tiempo le permitiese asistir a un curso de psicología, sólo tendría oportunidad de aprender un tipo de psicología que no tiene nada que ver con las exigencias de la práctica médica. Al menos ésta es la situación en Europa. Por lo general los psicólogos son hombres de laboratorio y no médicos generales, en cualquier caso no son psiquiatras ni neurólogos experimentados. Por eso no es de extrañar que en la anamnesis, en el diagnóstico y en el tratamiento se abandone el punto de vista psicológico. Y sin embargo este punto de vista reviste gran importancia, no solamente en el terreno de la neurosis, donde ha sido cada vez más reconocido desde los días de Charcot, sino también en el ámbito de las enfermedades mentales.

471 Cuando hablo de la psicogénesis de las enfermedades mentales, pienso principalmente en esos tipos diversos que desde hace poco se designan, de modo bastante vago y confuso, como «dementia praecox». Bajo esta rúbrica se recogen todos aquellos estados alucinatorios, catatónicos, hebefrénicos y paranoides que no presentan los característicos procesos orgánicos de destrucción de células que se encuentran en la parálisis general, la demencia senil, la demencia epiléptica y las intoxicaciones crónicas que no pertenecen al grupo maníaco-depresivo. Como ustedes saben, existen determinados casos de *dementia praecox* que efectivamente muestran modificaciones celulares en el cerebro. Pero estas modificaciones no aparecen con regularidad ni tampoco explican la sintomatología especial. Si se comparan los síntomas habituales de la *dementia praecox* con los trastornos que aparecen en las enfermedades orgánicas del cerebro, se constatarán diferencias llamativas. En la *dementia praecox*

no existe un solo síntoma habitual que pudiera designarse como orgánico. Es algo completamente injustificado colocar en el mismo plano a la parálisis general, la demencia senil y la *dementia praecox.* El hecho de que ocasionalmente se observe destrucción de células no nos habilita para clasificar la *dementia praecox* entre las enfermedades orgánicas. Admito, sin embargo, que los pacientes de un establecimiento psiquiátrico ofrecen una imagen tan degradada que bien puede entenderse por qué se halló la expresión *dementia praecox.* La visión de un pabellón con enfermos incurables respalda el prejuicio materialista del psiquiatra. Su clientela incluye algunos de los casos más horribles que quepa imaginarse. Por eso es natural que los fenómenos degenerativos y destructivos causen una gran impresión en él. Lo mismo se aplica a la histeria; sólo los casos más graves de histeria se encuentran en los asilos, por eso los psiquiatras ven las formas más degeneradas y desesperanzadoras de la enfermedad. Es comprensible que una selección de este tipo pueda conducir a una idea preconcebida. Si leemos una descripción de la histeria en un manual de psiquiatría y la comparamos con la histeria real, tal como se muestra en la consulta del médico, se podrá constatar una diferencia considerable. El psiquiatra sólo ve un mínimo y una selección de los casos histéricos más graves. Pero además de éstos, existen numerosas afecciones más leves, que nunca llegan a un establecimiento psiquiátrico, y son éstos los casos de verdadera histeria. Lo mismo sucede con la *dementia praecox.* Existen casos leves de esta enfermedad, que superan ampliamente en número a los peores casos, que son los que llegan al establecimiento. Los casos leves nunca llegan a un establecimiento. Se los diagnostica vaga y confusamente como «neurastenia» o «psicastenia». Normalmente el médico general no tiene claro que su neurasténico no es otra cosa que un caso leve de esa terrible enfermedad llamada *dementia praecox,* con su pronóstico casi desconsolador. Tampoco quisiera ver a su sobrina histérica como el carácter mentiroso, falseador y moralmente sospechoso de los manuales. Los casos graves de histeria dan mala fama a toda la parentela. Por eso, en general, la gente no tiene problema en admitir el nerviosismo; pero nadie quiere reconocer la histeria.

472 En relación con el evidente efecto destructivo y degenerativo de la *dementia praecox* debo llamar especialmente la atención sobre el hecho de que los peores casos de catatonía y de demencia son con frecuencia producto del establecimiento psiquiátrico, suscitados por el influjo psicológico del medio y no siempre por un proceso destructivo independiente de circunstancias externas. Es un hecho conocido que los peores casos de catatonía pueden encontrarse en establecimientos mal organizados y con una población

excesiva. También es sabido que un traslado a secciones ruidosas o inadecuadas desde otros puntos de vista tiene con frecuencia una influencia perjudicial; lo mismo es válido para las medidas coercitivas y la inactividad forzosa. Todas las condiciones que convertirían a una persona normal en alguien desgraciado tienen en el enfermo un efecto igualmente contraproducente. Teniendo esto presente, la psiquiatría moderna intenta evitar el carácter de prisión del establecimiento y darle el aspecto de un hospital. Las secciones se disponen del modo más hogareño posible, los médicos evitan la coerción y a los pacientes se les concede la mayor libertad posible. Las flores y las cortinas en las ventanas causan una impresión amable no sólo en personas normales, sino también en las enfermas. De hecho, actualmente rara vez se ve la triste escena de personas con enfermedad mental, sucias y sentadas en fila contra las paredes del establecimiento. ¿Y por qué es esto así? Porque hemos comprendido que estos pacientes reaccionan ante el entorno como lo hacen las personas normales. La demencia senil, la parálisis general y la epilepsia siguen su curso tanto si los pacientes conviven con casos similares como si no lo hacen. Pero a menudo los casos de *dementia praecox* mejoran o empeoran de modo sorprendente como reacción ante las condiciones psicológicas. Todo psiquiatra conoce casos semejantes, que muestran el gran alcance del factor psicológico. Éstos demuestran claramente que la *dementia praecox* no puede verse simplemente como una enfermedad orgánica; pues tales mejoras o retrocesos no serían posibles si la *dementia praecox* fuera exclusivamente orgánica.

473 También tengo que mencionar esos casos que se presentan frecuentemente, en los que el comienzo de la enfermedad o un nuevo estallido tienen lugar bajo condiciones afectivas especiales. Uno de mis propios pacientes, un hombre de unos treinta y cinco años, fue atacado dos veces por una catatonía cuando iba a la ciudad en donde había vivido como estudiante. Allí había tenido una inolvidable aventura amorosa que había terminado desgraciadamente. Durante muchos años evitó volver a la ciudad; pero como tenía parientes allí, no podía posponer eternamente una visita. En el transcurso de seis años visitó la ciudad en dos ocasiones, y en ambas enfermó inmediatamente después porque lo acosaban los recuerdos. En ambas oportunidades tuvo ataques de catatonía y debió ser ingresado en un establecimiento psiquiátrico. Por lo demás era exitoso en su trabajo y no mostraba ningún signo externo de trastorno mental; de todas maneras llevaba un estilo de vida bastante retirado.

474 Cuando es inminente una promesa de matrimonio, una boda u otro suceso emocional similar, es normal que se repita un ataque. La

irrupción y el desarrollo de la enfermedad son determinados a menudo por motivos psicológicos. Recuerdo a una mujer que se derrumbó después de una riña con otra mujer. La paciente siempre había tenido un temperamento excitable y colérico. En esta riña se volvió tan agresiva con la oponente que ésta la definió como «loca». Esto enfureció todavía más a la paciente, que le dijo: «¡Si usted me llama loca, entonces verá lo que significa estar loca!». Después de estas palabras cayó en un estado de delirio. Como esto llamó considerablemente la atención en la calle, intervino la policía y llevó a la mujer a una clínica. Allí se tranquilizó de nuevo, pero insistía con demasiada energía en que se la liberara inmediatamente. Pero no parecía recomendable dejarla ir después de unas pocas horas, ya que seguía estando excitada. La enviamos desde la sala de consulta a la sección de observación. Allí no quería obedecer a las enfermeras e intentó abrir la puerta con violencia. Temía que se la retuviera permanentemente en el establecimiento. Su excitación se volvió tan intensa que tuvo que ser llevada a otra sección. Cuando notó el tipo de pacientes que residían en ese sitio, comenzó a gritar que la habíamos encerrado con locos para volverla también loca a ella. Y repitió: «¡Si queréis que me vuelva loca, entonces veréis lo que significa estar loca!». Acto seguido, cayó en un estado catatónico del sueño con representaciones demenciales desordenadas y estallidos de ira que se extendieron durante dos meses ininterrumpidos.

475 Según mi opinión, su catatonía no fue otra cosa que una emoción intensificada de modo enfermizo, desatada por su ingreso en un establecimiento psiquiátrico. Durante la fase aguda de la enfermedad se comportó exactamente como el público esperaría que lo hiciera un demente. Fue una perfecta exposición de «demencia» en todos los detalles. Es seguro que no era histeria, pues faltaba toda relación afectiva.

476 Es altamente improbable que hubiese un trastorno cerebral primario de naturaleza orgánica y que fuesen secundarios el trastorno mental, las emociones fuertes y las ideas delirantes y alucinaciones que siguieron. Más bien fue una defensa instintiva contra la privación de libertad. Los animales salvajes muestran a menudo reacciones violentas similares cuando se los encierra en jaulas. A pesar de la evidente causa psicógena, fue un caso típico de catatonía con excitación, ideas delirantes y alucinaciones, que no era posible distinguir de un caso con causas diferentes de las psicológicas. La paciente no había tenido nunca antes un ataque de este tipo. Si bien siempre había sido excitable, su excitación tenía siempre un motivo determinado y había disminuido rápidamente. El único ataque de catatonía fue el que tuvo en el hospital.

477 Recuerdo otro caso similar. El paciente era un joven maestro que empezó a volverse holgazán, soñador e informal. Además mostraba ciertas peculiaridades en su conducta. Fue ingresado en un establecimiento para su observación. Al principio estuvo calmado y accesible y creía que pronto iba a obtener el alta, ya que estaba convencido de su normalidad. Ingresó en una sección tranquila. Pero cuando le dijimos que tendría que quedarse algunas semanas en observación, se volvió iracundo y le dijo al médico: «Si quiere retenerme aquí como a un demente, le voy a mostrar lo que significa ser demente». Se excitó inmediatamente y, al cabo de pocos días, estaba completamente trastornado y tenía ideas delirantes y alucinaciones. Este estado duró algunas semanas.

478 El siguiente caso nos ofrece otro ejemplo: un hombre joven estuvo durante casi dos meses en el establecimiento. Se lo había declarado moralmente dudoso. Este diagnóstico se basaba en que se había revelado como estafador y mentiroso. Se negaba a trabajar y era extraordinariamente perezoso. Nos pareció que no sólo su moral era dudosa. No se descartaba la posibilidad de una *dementia praecox.* Sin embargo, no existían síntomas específicos, exceptuando su indiferencia moral. Su comportamiento era desagradablemente provocador, alevoso y por momentos tosco y violento. No se adecuaba a la sección más tranquila del establecimiento. A pesar de su conducta molesta intenté que permaneciera en ese sitio, aunque existían muchas quejas por parte de enfermeras y pacientes. En una ocasión en que me encontraba ausente de la clínica, mi sustituto lo trasladó a la sección de pacientes fácilmente excitables. Allí se excitó hasta tal punto que tuvo que ser narcotizado. Luego empezó a temer que lo quisieran asesinar o envenenar y tuvo alucinaciones. Evidentemente, el estallido de la psicosis se produjo debido a condiciones externas que tuvieron un influjo desfavorable sobre su estado mental. Sería poco satisfactorio atribuir la psicosis del empeoramiento repentino a una enfermedad cerebral ya existente. Lo opuesto es más frecuente, esto es, la clara mejoría de una enfermedad crónica cuando mejoran las condiciones externas.

479 Si la *dementia praecox* pudiera reducirse sustancialmente a un proceso de destrucción orgánica, los pacientes se comportarían como esas personas que realmente presentan modificaciones cerebrales. El estado de un paciente que padece una parálisis general no mejora o empeora por la modificación de la situación psicológica; incluso en los establecimientos psiquiátricos mal gestionados estos casos no empeoran de modo apreciable. Sin embargo, los casos de *dementia praecox* empeoran decisivamente cuando las circunstancias externas son desfavorables.

480 Dado que el factor psicológico desempeña evidentemente un papel decisivo en la evolución de la *dementia praecox,* no es improbable que el primer ataque tenga una causa psíquica. Es sabido que muchos casos tienen su origen en una fase psicológicamente crítica, en una conmoción o un conflicto moral violento. El psiquiatra tiende a considerar estas circunstancias más bien como factores auxiliares que evidencian una enfermedad orgánica latente. Cree que, si las vivencias psíquicas fuesen las verdaderas causas de la enfermedad, tendrían que tener un efecto patológico sobre todas las personas. Pero como evidentemente éste no es el caso, las causas psíquicas sólo tienen importancia como factores auxiliares. Esta apreciación es indudablemente unilateral y adolece de un prejuicio materialista. La medicina moderna ya no habla solamente de una causa única para una enfermedad. En el caso de la tuberculosis ya no se cree que sea provocada solamente por el bacilo específico; existe otra serie de causas además de ésta. La concepción etiológica moderna ya no es la del causalismo, sino la del *condicionalismo.* No cabe duda de que una causa psíquica no origina casi nunca una enfermedad mental si no es secundada por una predisposición especialmente receptiva. Por otro lado, puede existir una marcada predisposición y sin embargo no estallará ninguna psicosis mientras se eviten los conflictos graves y las conmociones emocionales. Pero se puede comprobar casi con certeza que la receptividad psíquica conduce a un conflicto, y con ello a la psicosis en una suerte de *circulus vitiosus.* Estos casos, vistos desde fuera, parecen estar determinados por una tendencia degenerativa del cerebro. Según mi visión, la mayoría de las personas que padecen *dementia praecox* llegan a sufrir conflictos anímicos a causa de una tendencia innata; pero estos conflictos no son necesariamente patológicos, sino experiencias humanas universales. Debido a que la predisposición consiste en una excitabilidad anormal, este tipo de conflictos se distingue de las tensiones normales solamente por su intensidad emocional. En cuanto a intensidad, éstas sobrepasan todas las restantes capacidades mentales del individuo. Por eso no pueden ser tratadas del modo habitual, mediante distracciones, razonamientos y autocontrol. Lo que conduce a la enfermedad es sólo la imposibilidad de liberarse de un conflicto avasallador. Sólo cuando el individuo reconoce que no puede liberarse de sus dificultades por sí mismo y que nadie más que él podrá ayudarlo, cae en un estado de pánico que provoca en él un caos de emociones y pensamientos extraños. Esta experiencia tiene lugar en el periodo de incubación y rara vez el psiquiatra tiene noticia de ella, ya que se padece mucho antes de que alguien piense en consultar a un médico. Si el psi-

quiatra logra resolver el conflicto, el paciente puede salvarse de una psicosis.

481 Contra esto se puede objetar que es imposible comprobar que se tratara efectivamente del estadio inicial de la enfermedad y que hubiese existido una psicosis de no resolverse el conflicto. Es cierto que no puedo presentar una prueba contundente de lo contrario. Si se pudiera reducir un caso indudable de *dementia praecox* a la adaptación normal y estimar con seguridad los efectos de las medidas terapéuticas, esto podría servir como prueba satisfactoria; pero incluso una prueba de este tipo podría debilitarse por la objeción de que la aparente cura es solamente una remisión casual de los síntomas. Es casi imposible presentar una prueba satisfactoria, aunque muchos especialistas creen en una posible prevención de las psicosis.

482 Probablemente sea demasiado pronto para hablar de una psicoterapia de las psicosis. No soy demasiado optimista a este respecto. Por el momento daría prioridad a la investigación de la función y la importancia del factor psicológico en la etiología y en el desarrollo de las psicosis. La mayoría de las psicosis que he investigado eran extraordinariamente complejas, por lo que no puedo describirlas en el estrecho margen que ofrece una conferencia. Pero a veces uno se encuentra con casos relativamente sencillos, cuyo origen puede mostrarse fácilmente. Recuerdo, por ejemplo, el caso de una niña, hija de un campesino, que enfermó repentinamente de *dementia praecox*. El médico general que la examinó me dijo que siempre había sido muy tranquila y reservada. Sus síntomas habían aparecido súbita e inesperadamente, y nadie habría sospechado que pudiera ser mentalmente anormal. Una noche escuchó la voz de Dios que le hablaba, sobre la guerra y la paz, y sobre los pecados de los humanos. Tuvo, como ella decía, una larga conversación con Dios. En la misma noche también se le apareció Jesús. Cuando la vi estaba muy tranquila, pero totalmente desinteresada de su entorno. Se pasaba todo el día frente a la estufa, iba de un lado para otro y no hablaba con nadie, a no ser que se le preguntara algo. Sus respuestas eran breves y claras, pero sin sentimiento. Me saludaba sin la más mínima reacción emocional, como si me viera a diario. Aunque no estaba preparada para mi llegada, no parecía en absoluto sorprendida o curiosa acerca de quién era yo o por qué la visitaba. Le rogué que me contara sus vivencias. En su estilo taciturno y apático dijo que había tenido largas conversaciones con Dios. Evidentemente había olvidado el tema de sus conversaciones. El aspecto de Cristo era el de un hombre corriente, de ojos azules. También él habló con ella, pero ella ya no recordaba qué le había dicho. Yo le dije que sería una la-

mentable pérdida que olvidara completamente esas conversaciones. Debería haberlas escrito. Me contestó que las había escrito y me dio una hoja del calendario. Pero en la hoja sólo había una cruz con la cual se marcaba el día en que había escuchado por primera vez la voz de Dios. Las respuestas de la paciente eran breves, evasivas, indirectas y sin el más mínimo sentimiento. Todo su comportamiento era completamente indiferente. Era inteligente, se había formado como maestra, pero no mostraba huella alguna de reacción intelectual o emocional. Podríamos haber conversado mejor sobre su estufa que sobre una aparición sumamente extraordinaria.

483 Era imposible obtener de ella un informe coherente. Tenía que sonsacarle cada cosa, pero no luchando contra alguna resistencia activa como en la histeria, sino contra el desinterés total. Le daba totalmente igual si se le preguntaba o no, y si sus respuestas eran satisfactorias o no. Evidentemente no tenía ningún tipo de relación emocional con su entorno. Su indiferencia era tan grande que uno tenía la impresión de que en ella no había nada digno de investigarse. Cuando le pregunté si había tenido algún tipo de dificultad con alguna vivencia religiosa, lo negó tranquilamente. No tenía ninguna dificultad, no existían conflictos, ni con sus parientes ni tampoco con otras personas. Le pregunté a su madre. Esta sólo me pudo decir que en la noche anterior al estallido había asistido con su hermana a una reunión religiosa. Al regresar a casa, parecía excitada *y* hablaba de haber experimentado una conversión total. Su médico, muy interesado en el caso, ya había intentado indagar más, porque no creía que un trastorno de esta especie pudiera surgir de la nada. Pero una vez enfrentado a su inamovible indiferencia se vio obligado a creer que realmente no había nada bajo la superficie. Sus parientes no podían agregar más que lo siguiente: desde su decimosexto año de vida había sido siempre extraordinariamente tranquila, retraída y tímida. En su niñez había sido sana, alegre y para nada anormal. La familia no tenía enfermedades hereditarias. La etiología era completamente impenetrable.

484 Ella me contó que ahora ya no seguía escuchando la voz de Dios, pero que apenas podía dormir porque sus pensamientos seguían trabajando incesantemente. No me pudo referir en qué pensaba, evidentemente no lo sabía. Hablaba de un movimiento constante en su cabeza y de una corriente eléctrica en su cuerpo. Pero no estaba segura del origen de esto; probablemente Dios.

485 Es posible que no exista diversidad de opiniones en cuanto al diagnóstico de *dementia praecox.* La histeria quedaba excluida; no existían síntomas histéricos específicos, y además faltaba completamente el criterio principal de la histeria, una relación afectiva.

486 Mientras intentaba aproximarme a una etiología, se produjo la siguiente conversación:

«Antes de escuchar la voz de Dios, ¿había experimentado una conversión religiosa? —Sí.

Si usted se convirtió, entonces antes tuvo que ser pecadora. —Sí.

¿Cómo ha pecado? —No lo sé.

Pero, no comprendo, usted tiene que saber en qué consistió su pecado. —Sí, he hecho mal.

¿Qué hizo? —He visto a un hombre.

¿Dónde? —En la ciudad.

Pero, ¿considera usted un pecado ver a un hombre? —No.

¿Quién era ese hombre? —El señor M.

¿Qué sintió al ver al señor M.? —Lo amé.

¿Todavía lo ama? — No.

¿Por qué no? —No lo sé».

487 No pretendo aburrirlos con un informe literal de mis intentos por descubrir lo que se hallaba detrás del velo. Me costó unas dos horas. La paciente siguió impasiblemente taciturna e indiferente, por lo que tuve que utilizar toda mi energía para que la conversación continuara. Todo el tiempo tenía la impresión de que no había esperanza alguna en la investigación y de que mis preguntas eran básicamente superfluas. Presté especial atención al comportamiento de la paciente, pues es precisamente este comportamiento el que hace que una investigación psicológica sea tan ardua y a menudo también infructífera. Pero ésta es sólo una postura exterior, no una verdadera falta de contenidos psíquicos. En este caso se trata de autodefensa, un mecanismo que debe contrarrestar las abrumadoras emociones del conflicto oculto.

488 Sólo el hecho de que el caso parecía sencillo me daba el ánimo y la paciencia para seguir preguntando. En casos más difíciles, donde nos las tenemos que ver no tanto con realidades sino más bien con fantasías, la interrogación se torna complicada y a veces imposible, especialmente cuando el paciente se resiste a contestar. Como se comprenderá, en una institución psiquiátrica los médicos no pueden dedicar tanto tiempo a sus pacientes. La investigación de una psicosis requiere un tiempo casi ilimitado; por eso no es nada extraño que se pasen por alto las relaciones psicógenas. Si la paciente hubiese acabado en una clínica, en su anamnesis no se habría descubierto más que lo que ya he dicho aquí.

489 Mi investigación arrojó el siguiente resultado: unas semanas antes del estallido de la enfermedad la paciente había estado en la ciudad con una amiga. Allí conoció al señor M. Al enamorarse de él, se asustó del extraordinario ímpetu de sus sentimientos. A consecuen-

cia de ello se volvió callada y tímida. No le contó nada a su amiga sobre su angustia. Abrigaba la esperanza de que el señor M. correspondiera a su amor. Pero como no notaba nada parecido, abandonó casi inmediatamente la ciudad y regresó a su casa. Debido a la intensidad de sus sentimientos creyó haber cometido un gran pecado, aunque, como ella misma decía, nunca había sido demasiado religiosa. De aquí en más el sentimiento de culpa siguió atormentándola. Unas semanas después recibió la visita de su amiga. Dado que esta amiga era muy religiosa, la paciente accedió a acompañarla a una reunión religiosa. Allí se sintió conmovida y declaró su conversión. Se sintió muy aliviada porque había desaparecido el sentimiento de culpa; al mismo tiempo percibió que su amor hacia el señor M. se había apagado totalmente. Yo quise saber por qué consideraba pecaminoso su sentimiento de amor y le pregunté qué le hacía pensar así. Ella replicó que después de su conversión admitió que un sentimiento de este tipo en un ser humano era un pecado contra Dios. Yo le dije que esa visión no podía ser natural, a lo que confesó que siempre había tenido recelo frente a tales sentimientos. Ella retrotraía este recelo a un pecado que había cometido a los dieciséis años. A la sazón, en un paseo con una amiga de su misma edad indujeron a una mujer con retraso a hacer cosas obscenas. Sus padres y sus profesores se enteraron del asunto y fue severamente castigada por unos y otros. Sólo más tarde reconoció la perversidad de su comportamiento. Se avergonzó mucho y prometió solemnemente llevar de ahí en adelante una vida pura e intachable. Desde ese momento se retrajo y no salió de su casa, porque temía que los vecinos supiesen de su pecado. Adoptó la costumbre de quedarse en casa y evitar todos los placeres mundanos.

490 Como cabe esperar, la paciente había sido una niña bien educada en lo moral, pero durante mucho tiempo siguió siendo una niña, como suele suceder con los caracteres delicados. Sólo su irresponsabilidad infantil justifica una acción tan inadmisible a los dieciséis años. Tras comprender el significado de su acción, se sume en un profundo arrepentimiento. Esta experiencia ensombreció al propio sentimiento del amor, y se sentía incómodamente afectada por todo aquello que tuviera que ver con este episodio, aunque fuera lejanamente. Por esta razón sintió culpa en su repentino amor por el señor M. Con su rápida partida evitó que surgiera un vínculo y, al mismo tiempo, abandonó toda esperanza.

491 No era algo habitual en ella la tendencia a transferir su anhelo a la esfera de la religión y buscar allí el consuelo. Quizá fuese sorprendente esa conversión inesperada y total, aunque a menudo se producen conversiones similares en reuniones religiosas en donde

no existe ningún motivo para pensar en una psicosis. Las impresiones patógenas no eran necesariamente mórbidas, sólo eran especialmente intensas. La amiga, que había participado en la misma acción, fue igualmente reprendida y castigada, pero no se convirtió en víctima de un profundo pesar y de un arrepentimiento perpetuo, mientras que la paciente, con su actitud de arrepentimiento, fue abandonando el trato con otras personas. Por tanto, reprimió hasta tal punto su deseo de relaciones humanas que en el encuentro con el señor M. fue sencillamente avasallada por la intensidad de su sentimiento. Puesto que no vio inmediatamente sus sentimientos correspondidos, se sintió profundamente desengañada y partió precipitadamente. Pero esto la hizo caer en una inquietud todavía mayor, y su vida solitaria doméstica se volvió totalmente insoportable. Una vez más reprimía su deseo de compañía humana, y fue más o menos en esta época cuando asistió a la reunión religiosa. La impresión que ésta le dejó la desvió completamente de sus anteriores esperanzas y expectativas, incluso de su amor. Si bien se vio liberada de sus anteriores penas, desapareció también su anhelo natural de llevar la vida normal de una mujer de su clase. Ahora bien, como sus esperanzas se habían apartado del mundo, su *fonction du réel* creó un mundo dentro de sí misma. Cuando las personas pierden su punto de apoyo en los valores concretos de la vida, los contenidos inconscientes se vuelven arrolladoramente reales. Desde el punto de vista psicológico, la psicosis es un estado espiritual en que los elementos anteriormente inconscientes ocupan el lugar de la realidad...

492 Naturalmente depende de la propensión del paciente que una conversión de este tipo conduzca a la histeria o a la *dementia praecox*. Si el paciente logra conservar su relación emocional escindiéndose en dos personalidades —una religiosa y aparentemente trascendental, la otra quizá demasiado humana—, entonces se vuelve histérico. Si, en cambio, interrumpe su relación afectiva y no mantiene ningún contacto humano, de tal modo que las personas no producen ningún tipo de impresión sobre él, entonces se vuelve esquizofrénico. En nuestro caso había una llamativa carencia de relación afectiva y, por consiguiente, no había ningún rastro de histeria.

493 ¿Se puede hablar en estas circunstancias de un proceso orgánico? Lo considero totalmente descartado. La paciente tuvo la vivencia crítica con dieciséis años, y en ese momento no existía el más mínimo signo de daño orgánico. No existe ninguna prueba para semejante hipótesis, y no existe ningún motivo para explicar la vivencia traumática con el señor M. como algo determinado orgánicamente; de lo contrario, todos los casos de este tipo tendrían que explicarse de la misma manera. Si tuviésemos que aceptar una des-

trucción de células, seguramente habría empezado después de la conmoción de la conversión religiosa, y las modificaciones orgánicas habrían sido secundarias. Hace más de diez años expliqué que un gran número de casos de *dementia praecox* eran originariamente psicógenos[1], en cambio los procesos tóxicos o destructivos eran secundarios. Pero no discuto que puedan existir casos en los que los procesos orgánicos sean primarios y los trastornos de las funciones psíquicas secundarios.

494 Es notable que el estado mental de la paciente mejorara considerablemente después de la consulta. En reiteradas ocasiones he observado reacciones peculiares después de una investigación de este tipo: una mejora evidente o bien, a la inversa, un empeoramiento de los síntomas. Esto coincide totalmente con el rol más importante, que es el que juega el factor psíquico.

495 Sé muy bien que con esto no he agotado en modo alguno el problema de la psicogénesis; pero en cualquier caso deseo recalcar enérgicamente que aquí existe para el psiquiatra un amplio campo para la investigación psicológica que aún no ha sido explorado.

1. *Sobre la psicología de la* dementia praecox.- *un ensayo* [primer tratado de este volumen].

6

ENFERMEDAD MENTAL Y ALMA*

496 Las postrimerías del siglo xix, con su corriente espiritual preponderantemente materialista, han dejado sus huellas en la teoría de la medicina y especialmente en la teoría psiquiátrica. Esa época —cerrada por la Guerra Mundial— creía en el axioma: «Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales». Es más: las neurosis podían concebirse impunemente como intoxicaciones del metabolismo o trastornos de la secreción interna. Pero el materialismo químico y la «mitología cerebral» cayeron aquí más rápidamente que en la psiquiatría. Fueron sobre todo las experiencias de la psicopatología francesa (Janet y la escuela de Nancy) las que, apoyadas por Forel y Freud en el ámbito de la lengua alemana, acabaron al menos teóricamente con la idea de la base orgánica de las neurosis. Hoy nadie duda sobre la base psicógena de la neurosis. La psicogénesis significa que la *causa principal y la condición del origen de una neurosis son de naturaleza anímica,* como por ejemplo una conmoción anímica, un conflicto agobiante, un modo de adaptación anímicamente alterado, una ilusión fatal, etcétera.

497 Pero mientras que la causa anímica de las neurosis aparece hoy como algo claro e inequívoco, la cuestión de la psicogénesis sigue siendo oscura y dudosa en el caso de las enfermedades mentales. Aparte de que existen categorías enteras de enfermedades mentales —como los trastornos seniles y las parálisis progresivas— que son indudablemente meros síntomas de una destrucción orgánica del ce-

* Publicado por primera vez con el título «¿Enfermos mentales curables? ¿Sufrimiento orgánico o funcional?»: *Berliner Tageblatt* 189 (Berlín, 21 de abril de 1928). El manuscrito original tiene el título que aparece más arriba.

rebro, otras enfermedades mentales —como las epilépticas y las esquizofrénicas— están relacionadas con los hallazgos cerebrales. En las neurosis no encontramos la complicación de los hallazgos orgánicos, o sólo en casos excepcionales, como por ejemplo las neurosis ocasionadas o simuladas por la llamada diásquisis (fenómenos de inhibición indirecta, de Monakov).

498 Ahora bien, las *esquizofrenias* son las verdaderas enfermedades mentales; son ellas las que proveen la población principal de nuestros establecimientos psiquiátricos. Por decirlo de alguna manera, todo caso que el público general considera típicamente «loco» pertenece a las esquizofrenias. Pues bien, éstas tienen una «psicología», esto es, una causalidad y una finalidad psíquicas como la denominada vida mental, pero con una enorme diferencia: mientras que en la persona sana el yo es el sujeto de sus vivencias, en el esquizofrénico el yo es solamente *uno* de los sujetos que experimenta vivencias, en otras palabras: el sujeto esquizofrénico cae en una multiplicidad de sujetos, en una multiplicidad de sujetos autónomos, como lo expresa el término técnico.

499 El caso más simple de esquizofrenia, esto es, la caída de la personalidad, es la denominada *paranoia,* la clásica manía persecutoria del *persécuteur persécuté.* Aquí se trata de una simple duplicación, que en los casos más leves aún se encuentra unida por el estrecho puente de la identidad de los dos «yoes». Un enfermo de este tipo se nos presenta en principio como una personalidad aparentemente normal, acaso tenga una buena posición, sin la más mínima sombra de duda; conversamos normalmente con él, en algún momento se escucha la palabra «masón». De repente el rostro jovial se transforma ante nosotros, desde sus ojos nos alcanza un destello punzante lleno del más despiadado e inhumano fanatismo. De pronto es un animal atormentado y peligroso, rodeado de enemigos invisibles: el otro yo ha subido a la superficie.

500 ¿Qué ha sucedido aquí? Evidentemente en algún momento ha prevalecido y cobrado autonomía la ¿dea de ser una víctima perseguida y de este modo se ha constituido un segundo sujeto, que por momentos sustituye completamente al yo sano. Lo característico es que ninguno de los dos sujetos experimenta al otro por completo, aunque ambas personalidades no estén separadas por la inconsciencia, como en el caso de la asociación histérica de la personalidad. Se conocen íntimamente entre sí, pero no tienen argumentos válidos contra el otro. El yo sano no logra producir ningún contraafecto, pues al menos la mitad de su fuerza afectiva se ha trasladado al contrasujeto. Se halla paralizado. Éste es el comienzo de la «carencia de afecto» esquizofrénica, que puede observarse muy bien en la de-

mencia paranoide. Un enfermo de este tipo puede asegurarle a uno con la mayor impasibilidad: «Soy propietaria del mundo por partida triple, la Turquía más refinada, la mayor isla de plata, Lorelei, Germania y Helvecia exclusivamente de mantequilla dulce, y además de esto he abastecido al mundo de pasta junto con Nápoles». Y todo esto sin enrojecer y sin rastro de humor. En este caso existen varios sujetos y ya no hay un yo central que pudiera tener vivencias y por eso mismo reaccionar afectivamente.

501 Volviendo a nuestro caso de paranoia, tenemos que plantear una pregunta: el hecho de que la manía persecutoria se adueñe de la persona y extorsione una parte de su personalidad, ¿es psicológicamente absurdo, esto es, un mero producto de la destrucción orgánica del cerebro que comienza en algún momento? En este caso la idea delirante sería «no-psicológica», esto es, carecería de causalidad y finalidad psicológicas, y por eso no sería psicógena. Ahora bien, si se comprobara que la idea patológica no aparece en cualquier momento, sino en un momento psicológicamente determinado, entonces podría hablarse de psicogénesis, incluso si se acepta que mucho antes existía una cierta *predisposición* cerebral, que es igualmente responsable de la subsiguiente catástrofe. De todos modos, el momento psicológico no puede ser una banalidad, sino que debe tener algo que explique suficientemente a nuestro entender por qué se produce un efecto tan profundo y peligroso. Si uno se asusta de un ratón y luego enferma de esquizofrenia, esto no es obviamente una causalidad psicológica, ya que ésta es siempre intrincada y sutil. El caso que nos sirve de ejemplo enfermó en primer lugar mucho antes de que nadie tuviese noticia de su enfermedad, y en segundo lugar la idea lo avasalló en el momento psicológico en que una hipersensibilidad innata de la vida afectiva tomó una dirección equivocada, y esto hasta el punto de que la forma espiritual delicada que su sensibilidad necesitaba para poder vivir se rompió definitivamente; pero no se rompió por sí misma, sino que él mismo la rompió. Esto sucedió de la siguiente manera:

502 Cuando era un joven delicado desde todo punto de vista, aunque dotado de un potente intelecto, empezó a fantasear con su cuñada, hasta que finalmente llegó a disgustar a su marido, su hermano mayor. Eran sentimientos juveniles, tejidos esencialmente al claror de la luna, buscando a la madre, como todas las agitaciones anímicas todavía inmaduras. Pero estas cosas también necesitan de la madre, es decir, una incubación prolongada, para fortalecerse y poder resistir luego el inevitable choque con la realidad. Estos sentimientos no son en sí mismos un malentendido ni algo malo; pero en el entendimiento normal despiertan la malinterpretación y la sos-

pecha. La *interpretación* poco agradable que le aplicó el hermano tuvo un efecto devastador, pues el entendimiento del paciente le dio la razón a esta interpretación corrosiva. Y de este modo se destruyó el sueño, lo que en sí mismo no habría sido un perjuicio si al mismo tiempo no le hubiese costado la vida al sentimiento. Luego fue su propio intelecto el que adoptó el papel del hermano destruyendo con celo inquisidor toda huella de sentimiento y erigiendo como ídolo la más fría insensibilidad. Una naturaleza menos pasional puede someterse provisionalmente a una dieta de este tipo; pero una naturaleza muy delicada, sensible y necesitada de afecto puede quebrarse con este experimento. Él creía que poco a poco iba alcanzando su ídolo, pero de pronto descubrió que los camareros y gentes similares mostraban un curioso interés por su persona, en la medida en que parecían reírse de modo cómplice entre sí; y un buen día hizo el inquietante descubrimiento de que lo consideraban homosexual. De este modo la idea paranoica alcanzó su autonomía. No resulta difícil percibir que existe una conexión profunda entre la inflexibilidad del intelecto, que rechaza impasiblemente todo sentimiento, y la inquebrantable afirmación paranoica. Esto es causalidad psíquica, psicogénesis.

503 Ahora bien, de este modo se produce —por supuesto que con infinitas variaciones individuales— no sólo la paranoia, sino también lo paranoide —un tipo de esquizofrenia caracterizada por ideas delirantes y alucinaciones—, y no sólo éstos, sino también todos los restantes tipos de esquizofrenia. (No incluiría dentro del grupo de las esquizofrenias a los complejos sintomáticos esquizofrénicos, que desde el comienzo mismo parecen descansar sobre una base orgánica, como por ejemplo las catatonías que conducen rápidamente a la muerte.) En mi opinión, los hallazgos cerebrales descubiertos a menudo bajo el microscopio en casos de esquizofrenia deberían considerarse por el momento como fenómenos degenerativos secundarios, análogos a las atrofias musculares en las parálisis histéricas. *La psicogénesis de la esquizofrenia también explica por qué ciertos casos no graves* —que por supuesto no se presentan en el establecimiento psiquiátrico, sino en la consulta del neurólogo— *pueden curarse con la psicoterapia.* Pero no se puede ser demasiado optimista en lo referente a esta posibilidad de curación. Son casos aislados, pues la naturaleza de la enfermedad y la caída de la personalidad imposibilitan precisamente al agente principal de la terapia, esto es, el influjo anímico. La esquizofrenia comparte esta peculiaridad con la neurosis obsesiva, que es su pariente más próxima en el terreno de las neurosis.

7

SOBRE LA PSICOGÉNESIS DE LA ESQUIZOFRENIA*

504 Hace ahora exactamente veinte años que pronuncié ante esta sociedad una conferencia «Sobre el problema de la psicogénesis en las enfermedades mentales»**. William McDougall, cuya reciente muerte todos lamentamos, presidía el acto. Lo que dije en aquel entonces sobre la psicogénesis podría repetirse hoy, pues no ha dejado huellas visibles u otras consecuencias apreciables en los manuales ni tampoco en las clínicas. Aunque no me agrada repetirme, es casi imposible decir algo nuevo sobre un tema que en los muchos años transcurridos no ha cambiado su fisonomía. He recogido más experiencias y algunas de mis ideas han madurado, pero no puedo decir que mi punto de vista haya sufrido un cambio radical. Por tanto, me encuentro en la situación un tanto incómoda de alguien que cree poseer una convicción bien fundada pero que, por otro lado, teme ceder a la costumbre de repetir historias viejas. La psicogénesis se ha discutido mucho, pero sigue siendo un problema moderno, incluso ultramoderno.

505 Hoy en día existen pocas dudas acerca de la psicogénesis de la histeria y otras neurosis, aunque hace treinta años algunos entusiastas del cerebro conjeturaban de modo vago que sustancialmente «en las neurosis había algo orgánico que no funcionaba correctamente». No obstante, el *consensué doctorum* había aceptado mayoritaria-

* Conferencia pronunciada en la sección de Psiquiatría de la asamblea de la Royal Society of Medicine, el 4 de abril de 1939, en Londres. Publicada en *Journal of Mental Science* (London), LXXXV (1939), pp. 999-1011. La traducción del inglés de la Obra Completa estuvo a cargo de Hans Thiele-Dohrmann.

** Quinto tratado de este volumen.

mente la causa psíquica de la histeria y de las neurosis similares. Pero en lo que refiere a las enfermedades mentales, especialmente la esquizofrenia, se creía unánimemente en la centralidad de la etiología orgánica, aunque durante mucho tiempo no pudo demostrarse una destrucción específica de las células cerebrales. Incluso hoy no se ha contestado satisfactoriamente a la cuestión de en qué medida la propia esquizofrenia puede destruir las células cerebrales, y mucho menos aún a la cuestión mucho más especial de hasta qué punto las desintegraciones orgánicas primarias explican la sintomatología de la esquizofrenia. Coincido plenamente con Bleuler en que la gran mayoría de los síntomas son de naturaleza secundaria y tienen causas principalmente psíquicas. Sin embargo, Bleuler presupone la existencia de una causa orgánica para los síntomas primarios. Aquí señala un trastorno originario del proceso asociativo como *el* síntoma primario. Según su descripción, existe una desintegración siempre que las asociaciones aparezcan particularmente truncas e inconexas. Se resiste a adoptar el concepto de *sejunctio* de Wernicke debido a sus implicaciones anatómicas. Prefiere la expresión *esquizofrenia* y evidentemente entiende por ella un trastorno *funcional.* Los trastornos de este tipo, o al menos algunos muy similares, pueden observarse en los diferentes estados delirantes. El mismo Bleuler da cuenta de la notable similitud entre las asociaciones esquizofrénicas y los fenómenos de asociación en sueños y estados de semivigilia. De su descripción se desprende claramente que el síntoma primario coincide con un estado que Pierre Janet ha designado como *abaissement du niveau mental.* Es causado por una particular *faiblesse de la volonté.* Si la potencia directriz más importante y controladora de nuestra vida espiritual es la fuerza de voluntad, se puede decir que el concepto de Janet de *abaissement* explica un estado psíquico en el que una asociación de ideas no es llevada hasta su conclusión lógica o bien resulta interrumpida por contenidos extraños que no logran ser suficientemente inhibidos. Aunque Bleuler no menciona a Janet, creo que el *abaissement* de Janet se corresponde exactamente con las ideas de Bleuler sobre los síntomas primarios.

506 Es cierto que Janet utiliza su hipótesis principalmente para explicar la sintomatología de la histeria y de otras neurosis, que son indudablemente psicógenas y totalmente diferentes de la esquizofrenia. Pero existen ciertas analogías destacables entre el estado mental neurótico y el esquizofrénico. Si se investigan los tests de asociación de los neuróticos se puede descubrir que sus asociaciones normales se ven trastornadas por la intervención espontánea de contenidos complejos, típicos de un *abaissement.* La disociación puede llegar

hasta el punto de crear una o varias personalidades secundarias, de las cuales cada una posee aparentemente una consciencia propia. Pero la diferencia fundamental entre la neurosis y la esquizofrenia reside en la conservación de la unidad potencial de la personalidad. Dejando aparte el hecho de que la consciencia puede desdoblarse en muchas consciencias personales, la unidad de todos los fragmentos disociados no es sólo visible para el ojo del especialista, sino que también puede reproducirse mediante la hipnosis. Esto no sucede en el caso de la esquizofrenia. Un test de asociación habitual puede transcurrir de modo totalmente similar en un esquizofrénico y en un neurótico. Pero una investigación más detallada revela que, en el paciente esquizofrénico, el vínculo entre el yo y algunos complejos se encuentra más o menos quebrado. La disgregación no es relativa, sino absoluta. Un paciente histérico puede sufrir una manía persecutoria, que se halla muy cerca de una paranoia real; pero la diferencia radica en que en el primer caso el delirio se puede volver a poner bajo el control de la consciencia, mientras que esto no es posible en una paranoia. Es cierto que una neurosis se caracteriza por la relativa autonomía de sus complejos; en una esquizofrenia, en cambio, los complejos se han vuelto fragmentos desatados y autónomos, que no pueden volver a encajarse en la totalidad psíquica o que se vuelven a unir entre sí inesperadamente, como si nada hubiese sucedido.

507 La disociación en la esquizofrenia no es sólo mucho más grave, sino a menudo también irrevocable. Ya no es fluida y cambiante como en una neurosis, sino más bien como un espejo hecho añicos. La unidad de la personalidad, que en el caso de la histeria confiere a sus personalidades secundarias un carácter humanamente inteligible, ha estallado definitivamente en mil pedazos. En una persona histérica múltiple existe una colaboración bastante pacífica y hasta discreta entre las diferentes personalidades, que tienen sus roles y que en lo posible no se molestan mutuamente. Se siente la presencia de un *spiritus rector,* una figura central que dispone el escenario de modo casi racional para los diferentes personajes, a menudo bajo la forma de un drama más o menos sentimental. Cada figura tiene un nombre sugestivo y un carácter determinado, y todas ellas son tan histéricas y tan sentimentales como la consciencia del paciente.

508 El cuadro de escisión de la personalidad en la esquizofrenia es totalmente diferente. Las figuras escindidas adoptan nombres y caracteres banales, grotescos o muy exagerados y a menudo dejan bastante que desear en muchos aspectos. Además, no colaboran con la consciencia del paciente. No tienen tacto y no guardan respeto alguno ante los valores sentimentales. Al contrario: irrumpen en

cualquier momento y molestan, torturan al yo de mil maneras diferentes; todas son desagradables y ultrajantes, bien sea por su comportamiento ruidoso y desvergonzado, o por su crueldad grotesca y su obscenidad. Es un caos manifiesto de visiones, voces y tipos incoherentes, todos de una naturaleza extrañamente avasallante e incomprensible. Si se trata de un drama, está ciertamente más allá de la posibilidad de comprensión del paciente. En la mayoría de los casos llega incluso a superar la capacidad de comprensión del médico, hasta el punto de que se siente inclinado a dudar de la normalidad mental de todo aquel que en las ideas delirantes del loco vea algo más que mera locura.

509 Las figuras autónomas se han escapado tan completamente del control del yo que su participación originaria en la estructura mental del paciente ha desaparecido totalmente. El *abaissement* ha alcanzado un grado inaudito en la esfera de la neurosis. La disociación histérica se supera por medio de la unidad de la personalidad que aún sigue en funcionamiento, mientras que en la esquizofrenia son precisamente los fundamentos de la personalidad los que se estremecen.

510 El *abaissement*

1. causa la pérdida de ámbitos enteros de contenidos normalmente controlados;
2. produce fragmentos escindidos de la personalidad;
3. impide que se efectúen asociaciones normales de ideas y que se lleven a término de manera lógica;
4. disminuye la responsabilidad y la reacción adecuada del yo;
5. genera representaciones incompletas de la realidad y por eso hace que surjan reacciones emocionales insuficientes e inadecuadas;
6. disminuye el umbral de la consciencia y con ello permite que irrumpan en ella, bajo la forma de invasiones autónomas, contenidos inconscientes que generalmente se encuentran reprimidos.

511 Encontramos todos estos efectos del *abaissement* tanto en la neurosis como en la esquizofrenia. Pero en la neurosis se conserva al menos potencialmente la unidad de la personalidad, mientras que en la esquizofrenia está dañada de modo casi irreparable. A causa de esta herida fundamental, la escisión entre los elementos disociados de la psique significa una verdadera destrucción de sus relaciones anteriores.

512 Por tanto, la psicogénesis de la esquizofrenia nos obliga antes que nada a preguntar: ¿puede considerarse el síntoma primario, el *abaissement* extremo, como causa de conflictos psicológicos o de otras dificultades de naturaleza emocional? No considero necesario discutir al detalle si los síntomas secundarios, tal como los describió

Bleuler, deben su existencia *y* su forma específica a la determinación psicológica o no. El propio Bleuler está completamente convencido de que su forma y su contenido, esto es, su fenomenología individual, deriva totalmente de complejos emocionales. Coincido con Bleuler, cuya experiencia de la psicogénesis de los síntomas secundarios coincide con la mía, pues trabajamos juntos en los años que precedieron a su famoso libro sobre la *dementia praecox.* De hecho comencé ya en el año 1903 a analizar casos de esquizofrenia con fines terapéuticos. No puede caber duda alguna sobre la determinación psicológica de los síntomas secundarios. Su estructura y su origen no son diferentes a los síntomas neuróticos, por supuesto que con la importante excepción de que presentan todas las características de esos contenidos mentales que ya no están sometidos al control de una personalidad unificada. Apenas existe un síntoma secundario en que no puedan reconocerse algunos signos de un típico *abaissement.* Pero esta característica no depende de la psicogénesis, sino que se deriva exclusivamente del síntoma primario. En otras palabras: las causas psicológicas generan síntomas secundarios solamente sobre la base del estado primario.

513 Por tanto, si tratamos la cuestión de la psicogénesis de la esquizofrenia, podemos omitir los síntomas secundarios. Existe sólo un problema: la psicogénesis del estado primario, esto es, del *abaissement* extremo, que, visto desde la perspectiva psicológica, es la raíz del desorden esquizofrénico. Por eso preguntamos: ¿existe algún motivo para creer que el *abaissement* pueda tener causas puramente psicológicas? Como ya sabemos, un *abaissement* puede surgir por muchas causas: cansancio, sueño normal, embriaguez, fiebre, anemia, afectos fuertes, conmociones, enfermedades orgánicas del sistema nervioso central; igualmente puede estar ocasionado por la psicología de masas o la mentalidad primitiva, por el fanatismo religioso o político, etc. También puede surgir por factores constitutivos o hereditarios.

514 La forma más general del *abaissement* no influye sobre la unidad de la personalidad, o al menos no de modo grave. Por eso todas las disociaciones y otros fenómenos psíquicos que provienen de este *abaissement* general llevan el sello de la personalidad en su estado íntegro.

515 Las neurosis son consecuencias específicas de un *abaissement-.* por lo general surgen de una forma habitual o crónica. Cuando éstas parecen ser la consecuencia de una forma aguda significa que siempre existió allí una predisposición psicológica más o menos latente ante el *abaissement,* de tal modo que este último no es más que una causa condicionada.

516 Ahora bien, no existe ninguna duda de que un *abaissement* que conduce a una neurosis surge por factores exclusivamente psicológicos, o bien por estos factores unidos a condicionantes más bien físicos. Todo *abaissement,* pero especialmente el que conduce a una neurosis, implica un debilitamiento del control superior. Una neurosis es una disociación relativa, un conflicto entre el yo y una fuerza resistente que descansa sobre contenidos inconscientes. Estos contenidos han perdido en mayor o menor medida su vínculo con la totalidad psíquica. Se vuelven fragmentarios, y la pérdida significa una disminución de la potencia de la personalidad consciente. El conflicto intenso expresa, por otra parte, un deseo igualmente violento por restablecer el vínculo perdido. Si bien aquí no existe una colaboración, al menos hay un fuerte conflicto que ocupa el lugar del vínculo positivo. Todo neurótico lucha por la conservación y el dominio de su yo consciente y por el sometimiento de las fuerzas resistentes de lo inconsciente. Pero un paciente que se deja conducir por la irrupción de extraños contenidos de lo inconsciente, un paciente que no lucha y que incluso se identifica con los elementos mórbidos, se expone inmediatamente a la sospecha de una esquizofrenia. Su *abaissement* ha alcanzado el grado fatal y extremo en el que el yo pierde toda fuerza de resistir la embestida de un inconsciente aparentemente más poderoso.

517 La neurosis se encuentra de este lado del punto crítico, la esquizofrenia al otro lado. No dudamos de que ciertos motivos psicológicos pueden producir un *abaissement* que finalmente se transforme en neurosis. Una neurosis se acerca a la línea del peligro, pero de alguna manera logra permanecer del lado de aquí. Si traspasa la línea, deja de ser una neurosis. ¿Pero estamos completamente seguros de que una neurosis no atraviesa jamás la línea del peligro? Se sabe que existen casos a los que durante años se los tuvo por neurosis; pero luego sucede que el paciente atraviesa repentinamente la línea y se convierte en un verdadero psicótico.

518 Ahora bien, ¿qué podemos decir ante un caso semejante? Decimos que siempre ha sido una psicosis, una psicosis «latente», una psicosis oculta o encubierta por una presunta neurosis. Pero, ¿qué ha sucedido realmente? El paciente ha luchado muchos años por la conservación de su yo, por el control y la unidad de su personalidad. Mas al final se ha rendido, fue vencido por el intruso, a quien ya no podía resistir. No fue meramente avasallado por una emoción vehemente, sino que realmente se ahogó en una avalancha de potencias y formas de pensamiento invenciblemente fuertes, que van mucho más allá de toda emoción habitual, sin importar lo fuerte que ésta sea. Estas potencias y contenidos inconscientes ya estaban desde

hacía tiempo en él, y el paciente ha luchado exitosamente contra ellos durante años. De hecho, estos extraños contenidos no se reducen solamente al paciente, sino que existen igualmente en lo inconsciente de las personas normales, que no obstante tienen la suerte de no sospechar nada de ellos. Estas potencias no surgen de la nada en nuestro paciente. Es totalmente seguro que no son el resultado de células del cerebro envenenadas, sino componentes normales de nuestra psique inconsciente. Aparecían en innumerables sueños, en forma idéntica o similar, en una época de la vida en que aparentemente todo estaba en su sitio. Y aparecen en los sueños de las personas normales que nunca se acercan a una psicosis. Pero si una persona normal experimentase de repente un peligroso *abaissement,* sus sueños lo atraparían inmediatamente haciéndolo pensar, sentir y obrar como un enfermo mental. Y se volvería loco, como el personaje de un cuento de Andreiev, que creía poder aullar impunemente a la luna, porque sabía que él era completamente normal. Pero cuando aullaba perdía la consciencia de la pequeña diferencia entre lo normal y la locura, de tal modo que el otro lado lo avasallaba y se volvía demente.

519 Lo que sucedió fue que nuestro paciente sufrió un desmayo —en realidad esto es a menudo un pánico repentino—, esto lo hizo caer en el desconsuelo y la desesperación, y luego brotó el material reprimido y lo desbordó.

520 En mi experiencia de casi cuatro décadas he visto una gran cantidad de casos que desarrollaban una fase psicótica o bien una psicosis duradera a partir de un estado neurótico. Supongamos que estos casos hubiesen sufrido realmente una psicosis latente, oculta bajo el manto de una neurosis. Pero ¿qué es exactamente una psicosis latente? Evidentemente no es más que la posibilidad que tiene toda persona de enfermar mentalmente en algún momento de su vida. La existencia de material inconsciente extraño no demuestra nada. Se encuentra el mismo material en neuróticos, pintores y poetas modernos, y también en personas bastante normales que consideran importante someter sus sueños a una investigación exhaustiva. Además existen paralelos extremadamente sugestivos en la mitología y la simbología de todos los pueblos y épocas. La posibilidad de una futura psicosis nada tiene que ver con los contenidos originarios de lo inconsciente. Pero sí tiene que ver con el hecho de que el hombre sea capaz de soportar determinado grado de pánico o de que pueda aguantar la tensión crónica de una psique que se halla en lucha consigo misma. En muchos casos se trata simplemente de la insignificancia del exceso, del goteo que hace que el barril se desborde, o de la chispa que hace estallar el barril de pólvora.

521 La totalidad psíquica se escinde en complejos bajo la presión de un *abaissement* extremo, y el complejo del yo deja de desempeñar el papel principal. Es solamente uno más entre múltiples complejos, todos igualmente importantes o incluso quizás más importantes que el yo. Todos estos complejos adoptan un carácter personal, aunque siguen siendo fragmentos. Es comprensible que las personas se vuelvan intranquilas o que finalmente se desmoralicen bajo una tensión crónica o que se desesperen frente a sus esperanzas y expectativas. También es comprensible que su fuerza de voluntad se debilite y que su autocontrol se relaje, no dominando ya circunstancias, humores y pensamientos. En un estado mental de esta especie es totalmente lógico que algunas partes especialmente indómitas de la psique del paciente alcancen cierto grado de autonomía.

522 Hasta aquí la esquizofrenia no se comporta más que como un trastorno puramente psicológico. En vano buscaríamos en esta parte de la sintomatología algo que fuese típico de la enfermedad. La verdadera dificultad comienza con la desintegración de la personalidad y con el hecho de que esto despoja al complejo del yo de su primacía habitual. Como ya he explicado, ni siquiera una personalidad múltiple o ciertos fenómenos religiosos o «místicos» pueden compararse con lo que sucede en la esquizofrenia. El síntoma primario no parece tener similitud alguna con ningún tipo de trastorno funcional. Es como si los fundamentos de la psique cedieran, como si una explosión o un terremoto destruyeran una casa construida normalmente. Utilizo intencionalmente este ejemplo porque se corresponde con la sintomatología de los estadios iniciales. Sollier nos ha dado una elocuente descripción de estos *troubles cénesthésiques*[1], que se comparan con explosiones, disparos de pistola y otros ruidos fuertes en la cabeza. En la proyección éstos aparecen como terremotos, catástrofes cósmicas, como la caída de las estrellas, la desintegración del sol, la desaparición de la luna, la transformación de una persona en cadáver, la congelación del universo, etcétera.

523 Dije que el síntoma primario no parecía tener similitud alguna con ningún tipo de trastorno funcional; pero todavía no he mencionado el fenómeno del *sueño.* Los sueños pueden producir imágenes similares de grandes catástrofes. Muestran todos los estadios de la desintegración personal, de tal modo que se puede decir sin exagerar que el soñante normalmente es un perturbado mental o que la locura es un sueño que ocupa el lugar de la consciencia normal. No es metafórico afirmar que la locura es un sueño hecho «realidad». La fenomenología del sueño y de la esquizofrenia son casi idénticas,

1. *Le Mécanisme des émotions,* cap. IV, especialmente p. 208.

por supuesto que con cierta diferencia; pues uno aparece habitualmente al dormir, mientras que la otra lleva al caos el estado de vigilia o consciente. También el dormir es un *abaissement du niveau mental,* que conduce a un olvido más o menos completo del yo. El mecanismo psíquico que causa la extinción y la desintegración de la consciencia durante el sueño es por tanto una función normal que casi se halla sometida a la voluntad. En la esquizofrenia parece como que esta función se pusiera en marcha para producir un estado similar al del dormir, en donde la consciencia se reduce al plano de los sueños o los sueños se intensifican tanto que quedan igualados a la consciencia.

524 Pero incluso si supiésemos que el síntoma primario es creado con ayuda de una función normal siempre presente, tendríamos que explicar por qué sobreviene un estado patológico en lugar de la secuencia normal, esto es, la del sueño. Sin embargo, debe recalcarse que en realidad no se provoca el dormir, sino algo que perturba el dormir: el sueño. Los sueños se producen por una extinción incompleta de la consciencia o por un estado algo excitado de lo inconsciente que perturba el dormir. El dormir se ve perturbado cuando demasiadas partes de la consciencia siguen en movimiento o cuando existen contenidos inconscientes con demasiada carga energética, pues éstos sobrepasan el umbral y crean un estado relativamente consciente. Por eso es mejor explicar muchos sueños como residuos de impresiones conscientes, mientras que otros provienen directamente de fuentes inconscientes que nunca fueron conscientes. Los sueños del primer tipo tienen un carácter personal y coinciden con las reglas de una psicología personalista; los del segundo tipo tienen un carácter colectivo, ya que contienen imágenes originariamente mitológicas, legendarias o universalmente arcaicas. Para explicar este tipo de sueños hay que dedicarse al simbolismo histórico o primitivo.

525 Ambos tipos de sueños se reflejan en la sintomatología de la esquizofrenia, que muestra —al igual que los sueños— una mezcla de material personal y colectivo. Pero a diferencia de los sueños normales, el material colectivo parece ser el dominante. Esto queda especialmente claro en los denominados estados oníricos, o en el delirio y la paranoia. También parece dominar en las fases catatónicas, en la medida en que podemos vislumbrar la experiencia interior de estos pacientes. Siempre que el material colectivo prevalece en condiciones normales produce sueños importantes. Los primitivos los denominan «grandes sueños» y les atribuyen una importancia que se extiende a toda la tribu. Lo mismo encontramos en los griegos y romanos, quienes informaban de estos sueños al areópago o al senado. Estos sueños se presentan a menudo en los momentos o perio-

dos decisivos de la vida: en la niñez, del tercero al sexto año de vida; en la pubertad, de los catorce a los dieciséis años; en el periodo de maduración, de los veinte a los veinticinco años; en la edad intermedia, de los treinta y cinco a los cuarenta; antes de la muerte. También se presentan en situaciones psicológicamente importantes. Parece que este tipo de sueños aparecen principalmente en esos momentos o periodos en que el hombre de la Antigüedad o los hombres primitivos consideraban necesario llevar a cabo ciertos ritos mágicos o religiosos para alcanzar resultados positivos o influir favorablemente en los dioses.

526 Podemos dar por seguro que los acontecimientos o las preocupaciones importantes explican los sueños personales. Nos encontramos sobre una base más endeble cuando se trata de los sueños colectivos, con sus frecuentes imágenes inquietantes y arcaicas, que no remiten a fuentes personales. Sin embargo, la historia de los símbolos ofrece paralelos muy sorprendentes y esclarecedores, sin los cuales no podríamos entender el interesante significado de estos sueños.

527 Este hecho deja claro lo deficiente que es la formación psicológica del psiquiatra. Por supuesto que sin conocimientos profundos de los símbolos históricos y étnicos es imposible valorar correctamente la importancia de la psicología comparativa para la teoría de las ideas delirantes. Apenas habíamos empezado en la clínica psiquiátrica de Zúrich con el análisis cualitativo de la esquizofrenia cuando reconocimos la necesidad de información adicional de este tipo. Por supuesto que empezamos con una psicología médica totalmente personalizada, principalmente tal como había sido defendida por Freud. Pero pronto descubrimos que la psique humana en su estructura básica es tan poco personal como el cuerpo. Antes bien, es algo heredado y universal. La lógica del intelecto, la *raison du coeur.)* las emociones, los instintos, las imágenes y formas fundamentales de la imaginación tienen en realidad más similitud con las categorías apriorísticas de Kant o con las *eide* de Platón que con las excentricidades, las complicaciones, las veleidades y las particularidades de nuestro espíritu personal. La esquizofrenia en particular ofrece una inmensa cantidad de símbolos colectivos; las neurosis, por el contrario, muy pocos, ya que, con pocas excepciones, revelan una psicología preponderantemente personal. El hecho de que la esquizofrenia destruya los fundamentos de la psique explica la abundancia de símbolos colectivos, pues éstos constituyen la estructura básica de la personalidad.

528 Desde este punto de vista podemos concluir que el estado mental esquizofrénico, en la medida en que ofrece material arcaico, tiene todas las características de un «gran sueño»; dicho de otra ma-

ñera: es un suceso importante, que revela los mismos atributos «numinosos» que en las culturas primitivas se atribuyen a un ritual mágico. De hecho, la persona con enfermedad mental ha tenido siempre el privilegio de estar poseída por espíritus o de ser perseguida por un demonio. Esto es, dicho sea de paso, una interpretación correcta del estado psíquico de una de estas personas, pues son asaltadas por formas y pensamientos autónomos. La valoración primitiva de la enfermedad mental recalca además una característica especial que no deberíamos olvidar: le atribuye iniciativa e intencionalidad a la personalidad inconsciente. Nuevamente una interpretación correcta de los hechos evidentes. Desde el punto de vista primitivo queda totalmente claro que lo inconsciente ha tomado posesión del yo por iniciativa propia. De acuerdo con esta visión, el yo no es debilitado sino que lo inconsciente es fortalecido por la presencia de un demonio. Por tanto, el primitivo no busca en primer lugar el motivo de un trastorno mental en la debilidad de la consciencia, sino en una fuerza excesiva de lo inconsciente.

529 Admito que resulta extremadamente difícil decidir si se trata primariamente de una debilidad de la consciencia y la disociación correspondiente o de la fuerza de lo inconsciente. Esta última posibilidad no puede descartarse sin más, pues cabe pensar que el rico material arcaico de la esquizofrenia es expresión de una mentalidad que sigue siendo infantil y por eso primitiva. Puede tratarse de atavismo. Considero seriamente la posibilidad de la denominada «inhibición del desarrollo», en donde una parte de la psicología primitiva mayor que la normal permanece intacta y no se ajusta a las condiciones modernas. Es razonable que en estas circunstancias una parte considerable de la psique no se adapte al avance normal de la consciencia. Con el correr de los años se agranda la distancia entre lo inconsciente y la consciencia, y genera un conflicto que al principio es latente. Pero el conflicto se torna evidente cuando es necesario un esfuerzo especial para el ajuste y la consciencia debe recurrir a sus fuentes inconscientes e instintivas; el espíritu primitivo, hasta ese momento latente, irrumpe repentinamente con contenidos que son demasiado incomprensibles y misteriosos como para poder ser asimilados. En una gran cantidad de casos este instante marca el comienzo de una psicosis.

530 Tampoco deberíamos pasar por alto que muchos pacientes parecen tener una consciencia totalmente moderna y suficientemente desarrollada, que a veces se presenta como especialmente concentrada, racional y testaruda. Pero debe aclararse rápidamente que una consciencia de este tipo muestra signos tempranos de una naturaleza defensiva. Este es un síntoma de debilidad, no de fuerza.

531 En la esquizofrenia puede suceder que una consciencia normal se vea confrontada con un inconsciente inusitadamente fuerte; también puede suceder que la consciencia del paciente sea débil y por eso incapaz de contener el influjo del material inconsciente. En el consultorio tengo que considerar la existencia de dos grupos de esquizofrenias: unas con una consciencia débil y otras con una consciencia fuerte. Aquí tenemos cierta analogía con las neurosis, donde igualmente encontramos muchos pacientes con una consciencia especialmente débil y escasa fuerza de voluntad, mientras que otros poseen una energía sobresaliente, pero se encuentran sometidos a una determinación inconsciente casi avasallante. Esto se da especialmente cuando se unen impulsos creativos (artísticos u otros) a incompatibilidades inconscientes.

532 Si ahora volvemos a nuestra pregunta originaria sobre la psicogénesis de la esquizofrenia llegamos a la conclusión de que el problema es en sí mismo muy complejo. Es importante dejar claro que la expresión psicogénesis significa dos cosas diferentes: 1) un origen exclusivamente psicológico; 2) una serie de condiciones psicológicas. Hemos tratado el segundo punto, pero todavía no hemos abordado el primero. Aquí se considera a la psicogénesis bajo la perspectiva de una *causa efficiens.* La pregunta sería: ¿la causa de la esquizofrenia es única y absolutamente psicológica?

533 Como ustedes saben, en todo el ámbito de la medicina esta pregunta es más que embarazosa. Puede contestarse realmente en muy pocos casos. La etiología habitual consiste en una competencia entre diferentes condicionantes. Por eso se ha exigido eliminar del vocabulario de la medicina palabras como *causalidad* y *causa* y sustituirlas por la expresión *condicionalismo.* Estoy totalmente de acuerdo con esta medida, porque es casi imposible demostrar, incluso de modo aproximativo, que la esquizofrenia es primariamente una enfermedad orgánica. Resulta igualmente imposible evidenciar su origen exclusivamente psicológico. Podemos abrigar una fuerte sospecha en relación con la naturaleza orgánica del síntoma primario, pero lo que no podemos es ignorar el hecho demostrado de que existen muchos casos que se producen a partir de un choque emocional, de un desengaño, de una situación difícil, de un giro del destino, etc., y que además muchas recaídas, como también mejorías, están condicionadas por circunstancias psicológicas. ¿Qué podemos decir ante un caso como el siguiente? Un joven estudiante vive un gran desengaño en un asunto amoroso. Padece un ataque catatónico, del que se recupera tras unos meses. Luego termina sus estudios y se vuelve un hombre exitoso en su profesión. Unos años después regresa a Zúrich, escenario de su lance amoroso. Inmediatamente

padece un nuevo ataque, similar al primero. Afirma haber visto en algún lugar a la muchacha. Se repone y evita durante años visitar Zúrich. Luego regresa *y* en el correr de pocos días vuelve a la clínica con un ataque catatónico, otra vez con la impresión de haber visto a la muchacha, que entretanto se ha casado y tiene hijos.

534 Mi maestro, Eugen Bleuler, solía decir que una causa psicológica puede provocar solamente los síntomas de una enfermedad, pero no el sufrimiento mismo. Esta constatación puede ser profunda o todo lo contrario. En todo caso, expone claramente el dilema del psiquiatra. Por ejemplo, se podría decir que nuestro paciente retornó a Zúrich cuando sintió que la enfermedad se acercaba, y entonces uno cree haber dicho algo inteligente. Él lo niega; por supuesto, pensamos. Pero este hombre seguía amando a la muchacha. Nunca llegó a tener contacto con otra mujer, y sus pensamientos siempre volvían a Zúrich. ¿Qué podía ser más natural que ceder de vez en cuando a su insuperable añoranza de volver a ver las calles y las casas donde se habían conocido, independientemente de si su enfermedad mental avanzaba o retrocedía? Desconocemos, además, qué éxtasis y aventuras experimentó en su trastorno mental y qué expectativas excitantes lo llevaron a buscar la repetición de la vivencia. En una ocasión traté a una muchacha esquizofrénica que me dijo que me odiaba porque había hecho imposible que volviera a su bella psicosis. Escuché decir a mis colegas psiquiatras: «Eso no era una esquizofrenia». Pero no sabían que ellos mismos, junto con al menos otros tres especialistas, habían establecido el diagnóstico, y que mi paciente era idéntica a los pacientes que ellos habían diagnosticado.

535 ¿Deberíamos decir ahora que nuestro paciente habría enfermado antes de enamorarse y antes de viajar a Zúrich? Si esto es así, estaríamos obligados a llegar a la conclusión paradójica de que ya estaba enfermo cuando era normal y de que se enamoró a causa de su enfermedad y que por el mismo motivo retornó al lugar funesto. ¿O deberíamos decir que la conmoción de su amor pasional fue demasiado para él y, en lugar de cometer suicidio, se volvió loco y la nostalgia lo llevó nuevamente al lugar de sus infaustos recuerdos?

536 Pero se puede objetar que seguramente no todo el mundo se vuelve loco por un desengaño amoroso. Ciertamente no, al igual que no todo el mundo comete suicidio, ni se enamora pasionalmente o permanece siempre fiel a su primer amor. ¿Tendríamos que suponer más bien una debilidad orgánica, de la que carecemos de prueba evidente, o deberíamos hacer responsable a su pasión, de la que están presentes todos los síntomas?

537 Las importantes consecuencias del *abaissement* inicial constituyen una objeción de peso contra la hipótesis de la psicogénesis pura.

Lamentablemente casi todo lo que sabemos del síntoma primario y de su hipotética naturaleza orgánica se reduce a una serie de incógnitas, mientras que nuestro conocimiento del posible condicionamiento psicógeno está compuesto por muchos hechos observados minuciosamente. Es verdad que existen casos orgánicos con edemas cerebrales que llevan a la muerte. Pero siempre es un número escaso, y no está claro si debería llamarse esquizofrenia a una enfermedad de este tipo.

538 Una objeción importante contra la psicogénesis de la esquizofrenia es el diagnóstico equivocado, la incurabilidad y la demencia final. Pero como dije hace veinte años*, las estadísticas clínicas se fundan sobre la elección de los casos más terribles; se excluyen todos los casos menos graves.

539 Durante mi actividad como psiquiatra y psicoterapeuta me han marcado dos hechos. Uno es el enorme cambio que ha experimentado el establecimiento psiquiátrico promedio en lo que llevo de vida. Prácticamente ha desaparecido el montón de catatónicos totalmente degenerados, simplemente gracias a que se les ha dado algo que hacer. El otro hecho que me impresionó fue lo que descubrí al comienzo de mi praxis psicoterapéutica: yo estaba muy sorprendido por el número de esquizofrénicos que casi nunca veíamos en las clínicas psiquiátricas. Estos casos están parcialmente encubiertos como manías persecutorias, neurosis obsesivas, fobias e histerias, y evitan escrupulosamente acercarse a un establecimiento. Estos pacientes se aferran al tratamiento y, como fiel discípulo de Bleuler, me enfrentaba a casos que nunca habríamos tratado en la clínica, casos que podían reconocerse como esquizofrénicos ya antes del tratamiento —yo me sentía desesperadamente poco científico para poder tratarlos—, y después del tratamiento se me decía que no podían ser esquizofrénicos. Existen muchas psicosis latentes —y algunas no tan latentes— que pueden ser sometidas a un análisis psicológico en condiciones favorables, a veces con resultados totalmente aceptables. Incluso cuando no abrigo demasiadas esperanzas en un paciente, intento administrarle toda la psicología que pueda soportar, porque he visto muchos casos en donde los ataques posteriores no eran tan graves y el pronóstico mejoraba como resultado de una comprensión psicológica más amplia. Al menos ésta era la impresión que tenía. Ustedes saben lo difícil que es juzgar acertadamente sobre estas cuestiones. En estos casos dudosos, en donde se trabaja como pionero, hay que depositar cierta confianza en nuestra intuición y

* «Sobre el problema de la psicogénesis en las enfermedades mentales» (quinto tratado de este volumen).

ser fiel a nuestra sensibilidad, aun a riesgo de equivocarse. Establecer un diagnóstico correcto *y* asentir seriamente con la cabeza ante un pronóstico malo es lo menos importante del arte de la medicina. Esto puede incluso entorpecer el entusiasmo, y en la psicoterapia el entusiasmo es el secreto del éxito.

540 Los resultados de la terapia del trabajo en los establecimientos psiquiátricos han mostrado claramente que el estado de los casos desesperados puede mejorar enormemente. Y los casos mucho más sencillos, que no llegan a la clínica, obtienen a veces resultados alentadores bajo el tratamiento psicoterapéutico. No quiero pecar de excesivamente optimista. A menudo puede hacerse poco *y* nada; aunque a veces pueden lograrse resultados inesperados. Durante unos catorce años me estuvo visitando una mujer que ahora tiene sesenta y cuatro años. No la veo más que quince veces al año. Es esquizofrénica y en dos ocasiones pasó varios meses ingresada en la clínica por una psicosis aguda. Padece innumerables voces que se reparten por todo su cuerpo. Encontré una voz que resultaba realmente razonable y benéfica. Intenté cultivar esta voz, con el resultado de que la parte derecha de su cuerpo se encuentra libre de voces desde hace aproximadamente dos años. Sólo la parte izquierda sigue estando bajo el dominio de lo inconsciente. No le han sobrevenido otros ataques. Lamentablemente la paciente no es inteligente. Su mentalidad es la del Medioevo temprano y sólo pude establecer una relación medianamente buena con ella amoldando mi terminología a la de la Edad Media temprana. Luego ya no tuvo más alucinaciones; solamente se trataba del demonio y la brujería.

541 Éste no es un caso brillante, pero he descubierto que siempre aprendo más de los pacientes difíciles o incluso imposibles. Trato estos casos como si no fueran orgánicos, sino psicógenos, y como si se pudiera curarlos con medios puramente psicológicos. Admito que no logro imaginar cómo algo meramente «psíquico» puede causar un *abaissement* que, siendo con frecuencia incurable, destruye la unidad de la personalidad. Pero por mi larga experiencia sé que la inmensa mayoría de los síntomas están determinados psicológicamente y que en un número no especificado de casos la enfermedad está influida por factores psíquicos o se encuentra unida a ellos; factores que en el caso de una neurosis serían clasificados sin dudar como causas. En este sentido las estadísticas no prueban nada, pues sé que incluso en el caso de una neurosis la anamnesis verdadera se descubre probablemente después de meses de un trabajo minucioso. En la anamnesis psiquiátrica impera una carencia de conocimiento psicológico a veces alarmante. No estoy diciendo que el médico general tenga que saber algo de psicología; pero si el psiquiatra pre-

tende practicar la psicoterapia precisa necesariamente una formación psicológica adecuada. Lo que llamamos «psicología médica» es lamentablemente un asunto muy incompleto. Quizás ofrezca cierto conocimiento de los complejos corrientes, pero se sabe muy poco de lo que sucede fuera del ámbito de la medicina. La psicología no se compone de reglas generales de la medicina. Tiene que ver mucho más con la historia de la civilización, de la filosofía, de la religión y especialmente de la mentalidad primitiva. El alma enferma es una vasta región casi virgen, y hasta ahora se ha hecho comparativamente poco en este terreno, mientras que la biología, la anatomía y la fisiología de la esquizofrenia han acaparado toda la atención. ¿Y qué conocimiento exacto obtenemos de todos estos trabajos sobre la herencia y la naturaleza del síntoma primario? Yo diría que podremos volver a discutir la cuestión de la psicogénesis cuando se haya tratado adecuadamente la faceta psíquica de la esquizofrenia.

8

CONSIDERACIONES RECIENTES ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA*

542 Al parecer nos encontramos en el umbral de una nueva época que nos enfrentará a algunas preguntas difíciles. La petición de que pronostique algo sobre el desarrollo futuro en el terreno de la psicología, la psicopatología y la psicoterapia, me coloca, como cabe imaginarse, ante una tarea nada sencilla. Es un hecho más que conocido en la historia de las ciencias que justamente las conquistas más importantes y que hacen época se basan frecuentemente en descubrimientos totalmente inesperados o toman su impulso de ámbitos espirituales que hasta el momento habían sido desatendidos o infravalorados. Aventurar un pronóstico en estas circunstancias es una tarea tan arriesgada que prefiero contenerme ante estos intentos deficientemente proféticos. Prefiero expresar mi opinión como el desiderátum de un psiquiatra al comienzo de la segunda mitad del siglo xx.

543 Es habitual que las cosas de las que carecemos nos parezcan las más deseables. Por eso hay que comenzar con preguntas cuyas respuestas todavía siguen abiertas, o bien con hipótesis especulativas basadas en hechos de la experiencia. A mi entender, la necesidad más urgente tanto de la psicología como de la psicopatología radica en ahondar y extender el conocimiento de las estructuras psíquicas complejas con las que tiene que trabajar la psicoterapia. Sabemos muy poco sobre los contenidos y el significado de los productos mentales patológicos, y tenemos ciertos prejuicios teóricos contra lo poco que sabemos. Esto se aplica especialmente a la psicología de la esquizofrenia. Nuestro conocimiento de esta enfermedad mental tan

* Publicado por primera vez en *Universitas. Zeitscbrift für Wissenschaft, Kunst und Literatur* (Stuttgart), XIV (1959), pp. 31-38.

habitual se encuentra todavía en un estadio realmente insatisfactorio. Desde mi modesto ensayo[1] de hace cincuenta años en este terreno todavía virgen, no se ha logrado ningún avance importante. Aunque en todo este tiempo he observado, analizado y tratado a una gran cantidad de esquizofrénicos, no me ha sido posible emprender estudios sistemáticos como hubiera querido. El motivo de esta omisión reside en que para realizar un emprendimiento de este tipo faltaba una base científica sana. Para ello se necesita el *point de repére* externo, el punto arquimédico *extra rem,* que aquí significa la posibilidad de comparación con una psicología normal correspondiente y equivalente.

544 Ya en el año 1907 había señalado que la comparación con la mentalidad neurótica y su psicología específica era válida sólo hasta cierto grado, esto es, hasta donde puede aplicarse el punto de vista personalista. Pero en la psicología de los esquizofrénicos existen elementos manifiestos que no se pueden encajar en un sistema de referencia puramente personalista. Aunque la psicología personalista (como las hipótesis heurísticas de Freud y Adler) produzca hasta cierto punto resultados satisfactorios, tiene un valor dudoso cuando se la aplica a estructuras anímicas particulares, típicas de la esquizofrenia paranoide, o a la disociación específica que se encuentra a la base. Esta disociación fue la que originariamente hizo que Bleuler designara la enfermedad como «esquizofrenia». Este concepto expresa la diferencia existente entre la disociación neurótica y la psicótica, en donde la primera representa una disociación «sistemática» de la personalidad, mientras que en la segunda se trata de una desintegración «fisiológica» y caótica de los elementos psíquicos, esto es, de las representaciones. Mientras que los fenómenos neuróticos se corresponden más con procesos normales, tal como se observan sobre todo bajo condicionantes emocionales, los síntomas de la esquizofrenia se parecen más bien a los fenómenos que se pueden observar en el sueño o en estados de intoxicación. Si consideramos los sueños como fenómenos del descanso normal, su analogía con la desintegración esquizofrénica apunta a un denominador común que consiste en un *abaissement du niveau mental* (P. Janet). Este *abaissement* comienza con una relajación de la concentración o de la atención, independientemente del motivo. Las asociaciones pierden valor y se vuelven superficiales. En lugar de conexiones con sentido aparecen asociaciones motivadas por la motricidad lingüística y el sonido (rima, aliteración, etc.), así como perseveraciones que se van

1. *Sobre la psicología de la* dementia praecox.- *un ensayo.* [Primer tratado de este volumen.]

haciendo predominantes. Finalmente puede anularse no sólo el sentido de la frase, sino también las palabras. Además de ello, el contexto temático se ve trastornado por estructuras particulares y alógicas.

545 Este *abaissement* puede observarse no sólo en el estado onírico, sino también en la esquizofrenia. De todos modos, existe una diferencia sustancial en la medida en que en la esquizofrenia la consciencia no está reducida como en el sueño. En la esquizofrenia (excepción hecha de los estados oníricos y delirantes) funcionan normalmente la memoria y la orientación general, aunque estén indudablemente presentes los síntomas del *abaissement.* Este hecho muestra claramente que las manifestaciones de la esquizofrenia no están condicionadas por una disminución general de la atención y de la consciencia, sino que dependen de otro factor perturbador, que por su parte pertenece evidentemente a ciertos elementos psíquicos determinados. No puede predecirse de modo general qué representaciones serán trastornadas. Así y todo, existe cierta probabilidad de que pertenezcan al campo emocional de un complejo reconocible, cuya presencia no es en sí misma un signo específico de la esquizofrenia. Por el contrario, se trata de un complejo idéntico a aquellos que se observan tanto en personas neuróticas como normales. Aunque un complejo emocional puede trastornar o disminuir la atención y concentración generales en la medida en que absorbe su energía, nunca destruye sus propios elementos o contenidos psíquicos, como sí lo hace un complejo esquizofrénico. Incluso puede afirmarse que los elementos de un complejo neurótico o normal no sólo están bien formados, sino que son hipertróficos gracias a su elevado valor energético. Poseen una marcada tendencia a ampliar su alcance por medio de la exageración y de los añadidos fantásticos.

546 En contraposición a esto, el complejo esquizofrénico se distingue por una degeneración particular y una desintegración de sus representaciones, con lo cual el ámbito general de la atención es escasamente afectado. Parece como si el complejo se aniquilara a sí mismo por medio de la descomposición de sus contenidos y de su capacidad comunicativa, esto es, de sus posibilidades de expresión mediante el pensamiento y el habla ordenados. Aparentemente no obtiene su energía de otros procesos anímicos, ya que no se ve menoscabada la orientación general ni tampoco otras funciones. Por el contrario, es bastante evidente que el complejo esquizofrénico utiliza su propia energía, en la medida en que obtiene sus contenidos mediante el hundimiento de su *niveau mental.* También se podría intentar considerarlo de otra manera y decir que la intensidad emocional del complejo conduce, contra toda expectativa, al hundimiento de sus propios fundamentos o también a un trastorno de la

síntesis normal de las representaciones. Es ciertamente difícil imaginarse un proceso psíquico que conduzca a un resultado de este tipo. La psicopatología de las neurosis no ofrece ninguna indicación en este sentido, porque todos los procesos neuróticos se desarrollan con elementos psíquicos totalmente ordenados. En su ámbito no se produce un menoscabo de las representaciones, etc. Si alguna vez aparecen huellas de esto en una neurosis, tenemos suficiente motivo para sospechar que se trata de una esquizofrenia latente.

547 La autodestrucción del complejo esquizofrénico se revela más que nada en el trastorno de la capacidad expresivo-comunicativa. Sin embargo, aparte de esto se manifiesta otro fenómeno menos evidente: una afectividad inadecuada. Si bien en las neurosis también puede observarse una cierta inadecuación de los afectos (por ejemplo, exageración, apatía, depresión, etc.), ésta es, a diferencia de la esquizofrenia, siempre sistemática y solamente reconocible a los ojos del observador experimentado. Cuando se conocen todos los aspectos del complejo neurótico central, los rasgos inadecuados se tornan transparentes y comprensibles. En la esquizofrenia, en cambio, la afectividad se encuentra completamente trastornada, esto es, una falla o cualquier otro trastorno de la afectividad no aparece solamente en el ámbito del complejo *sensu strictiori,* sino que también se evidencia en el comportamiento general. Los valores emocionales parecen estar distribuidos de modo absurdo en el interior del complejo o no estar presentes, por lo que su desintegración se corresponde en gran parte con el trastorno de los elementos anímicos. Sin embargo, este fenómeno es bastante complicado y posiblemente de tipo secundario. Quizás se trate exclusivamente de una reacción psicológica frente al complejo. En este caso cabría esperar que presente una estructura sistemática. También podría ser el signo de una destrucción general de la afectividad misma. No lo sé y no me atrevo a dar una respuesta definitiva a estas preguntas.

548 Con independencia de cómo entendamos el comportamiento peculiar del complejo esquizofrénico, el antagonismo frente al comportamiento del complejo neurótico o normal es evidente. Teniendo en cuenta que hasta ahora no se han descubierto los procesos psicológicos que podríamos considerar responsables del efecto esquizofrénico, esto es, de la disociación específica, llego además a la conclusión de que podría existir una causa tóxica. Ésta podría atribuirse a una desintegración orgánica y local, es decir, a una modificación fisiológica desencadenada porque la presión de la intensidad emocional sobrepasa la capacidad de las células cerebrales. (Los *troubles cénesthésiques* descritos por Sollier hace unos sesenta años parecen apuntar en esta dirección.) Las experiencias con mescali-

na y otras drogas similares respaldan la hipótesis de un origen tóxico[2]. En relación con la pregunta acerca de las futuras posibilidades de desarrollo en el terreno de la psiquiatría, quisiera señalar que aquí se abre un campo casi virgen para el trabajo científico pionero.

549 Mientras que el problema de una toxina específica constituye una tarea para la psiquiatría clínica debido a sus aspectos formales, la pregunta sobre los contenidos de la esquizofrenia y su significado representa una importante tarea tanto para el psicopatólogo como para el psicólogo del futuro[3]. Ambos problemas revisten un gran interés teórico; pero más allá de esto, su solución se constituirá en un fundamento imprescindible para la terapia de la esquizofrenia. Pues como ya sabemos, esta enfermedad tiene dos aspectos de significado predominante: el bioquímico y el psicológico. Es un hecho conocido —que para mi satisfacción pude demostrar hace cincuenta años— que la enfermedad puede tratarse mediante la psicoterapia[4], aunque sea de un modo limitado. Al iniciar el tratamiento psicológico comenzamos a preguntarnos acerca de los contenidos psicóticos y su significado. Ya sabemos que en muchos casos nos enfrentamos a un material psicológico comparable al de las neurosis o al de los sueños y que puede comprenderse desde una perspectiva personalista. Pero, a diferencia de los contenidos de una neurosis, que pueden explicarse satisfactoriamente por medio de datos biográficos, los contenidos psicóticos revelan peculiaridades que no admiten ser atribuidas a circunstancias vitales individuales, al igual que existen sueños cuyo simbolismo no puede explicarse cabalmente por circunstancias personales. Con esto quiero decir que los contenidos neuróticos pueden compararse con los contenidos de los complejos normales, mientras que los contenidos psicóticos, especialmente en los casos paranoides, muestran una estrecha analogía con ese tipo de sueños que el primitivo designa acertadamente como «grandes sueños». A diferencia de los sueños habituales, un sueño de esta especie es altamente expresivo, numinoso, y su imaginería se sirve frecuentemente de motivos análogos o idénticos al mito. Llamo arquetipos a estas estructuras porque funcionan de manera similar a los comportamientos instintivos. Además, la mayoría de ellos pueden encontrarse en todos los lugares y épocas. Surgen tanto en el folklore de las tribus primitivas, en los mitos griegos, egipcios y mexicanos, como en los sueños, visiones e ideas delirantes de las personas actuales, que nada saben de estas tradiciones.

2. Cf. *Sobre la psicología de la* dementia praecox; *un ensayo.*
3. Cf. *El contenido de la psicosis* [segundo tratado de este volumen].
4. *Transformaciones y símbolos de la libido* [OC 5].

550 En tales casos se busca en vano una causalidad personal para encontrar una explicación a su forma y su significado particularmente arcaicos. Por eso es más razonable suponer que se trata de unos contenidos de lo inconsciente presentes a nivel universal, que representan su capa colectiva más profunda, a diferencia de los contenidos personalmente adquiridos de las capas más superficiales, que también pueden designarse como lo inconsciente personal. Considero que estas estructuras arquetípicas son la matriz de todas las manifestaciones mitológicas. No sólo aparecen bajo condicionantes altamente emocionales, sino que muchas veces parecen ser su causa. Sería un error considerarlas representaciones heredadas, pues son únicamente condiciones para la formación de representaciones, así como los instintos son las condiciones dinámicas de los más diversos tipos de comportamiento. Incluso es probable que los arquetipos sean la expresión psíquica o la manifestación del instinto.

551 La cuestión de los modos de comportamiento y las formas de pensamiento arcaicos no puede tratarse solamente desde el punto de vista de la psicología personalista. La investigación de este campo debe recurrir a manifestaciones del espíritu humano que son más generales que las de la vida personal. Todo intento de penetrar más hondo conduce inevitablemente al problema del espíritu humano *in toto.* El espíritu individual no puede comprenderse por y desde sí mismo. Para su comprensión necesita un punto de vista mucho más amplio de considerar las cosas; en otras palabras, la investigación de las capas anímicas más profundas sólo puede llevarse a cabo con ayuda de otras disciplinas. Por este motivo, la investigación en este terreno se halla todavía en ciernes. No obstante, los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores.

552 Según mi parecer, la investigación de la esquizofrenia es una de las tareas más importantes de la psiquiatría del futuro. El problema presenta dos aspectos, uno fisiológico y otro psicológico, pues hasta donde llegamos a ver hoy, esta enfermedad no admite una explicación orientada unilateralmente. Su sintomatología apunta, por un lado, a un proceso destructivo de base, posiblemente de naturaleza tóxica; por otro lado revela —en tanto no pueda descartarse una etiología psicógena y mientras sea efectivo un tratamiento psicológico (en los casos adecuados)— un factor psíquico de igual importancia. Ambos modos de acceso abren amplios panoramas, tanto desde la perspectiva teórica como desde la terapéutica.

9

LA ESQUIZOFRENIA*

553 Una prerrogativa de la edad avanzada consiste en volver la mirada sobre caminos que se transitaron algún día. Debo al amable interés del profesor Manfred Bleuler el haber encontrado la oportunidad de reunir mis experiencias en el terreno de la esquizofrenia para el gremio de mis colegas de especialidad.

554 Fue en el año 1901 cuando, siendo un joven médico asistente en el Burghólzli, solicité a mi entonces jefe, el profesor Eugen Bleuler, un tema para mi tesis doctoral. Él me propuso investigar de forma experimental la desintegración de las representaciones en la esquizofrenia. Habíamos progresado tanto en la psicología de estos enfermos con ayuda del experimento de asociación que ya sabíamos de la existencia de esos *complejos* afectivos que se manifestaban en la esquizofrenia: eran esencialmente los mismos que pueden identificarse en las neurosis. El modo en que se expresaban los complejos —en muchos casos no agudos— en el experimento de asociación era el mismo que en las histerias. Por el contrario, en otros casos, particularmente en aquellos en los que se veía afectada la capacidad lingüística, se producía un cuadro característico de la esquizofrenia, esto es, una enorme cantidad (en comparación con las neurosis) de bloqueos, perseveraciones, neologismos, interferencias y fallos que se producían en el entorno de las palabras-estímulo que afectaban al complejo.

555 La pregunta era entonces cómo se podía seguir avanzando desde este punto en la estructura de los trastornos específicos. En aquel

* Publicado por primera vez en *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* (Zürich), LXXXI (1958), pp. 163-177.

momento quedó sin respuesta. Incluso mi venerado jefe y maestro no sabía cómo continuar. No fue casual que entonces eligiera un tema que, por un lado, no ofrecía demasiadas dificultades y, por otro, representaba una analogía con la esquizofrenia por tratarse de una *disociación sistemática de la personalidad* de una muchacha joven[1]. Servía como médium y en las sesiones espiritistas desarrolló un genuino *sonambulismo,* en el cual aparecían contenidos de lo inconsciente ajenos a la consciencia y que constituían la causa manifiesta de la disociación de la personalidad. En la esquizofrenia se encuentran a menudo contenidos extraños que inundan la consciencia de modo más o menos repentino y disocian la cohesión interna de la personalidad, y esto sucede de un modo característico en la esquizofrenia. Mientras que en la disociación neurótica nunca se echa en falta el carácter sistemático, la esquizofrenia muestra el cuadro de una contingencia asistemática que desfigura la unidad de sentido característica de las neurosis hasta hacerla irreconocible.

556 En un trabajo publicado en 1907, *Sobre la psicología de la dementia praecox**, intenté exponer el estado de mi conocimiento en aquel entonces. Se trataba sustancialmente de un caso de paranoia típico con un trastorno lingüístico característico. Si bien los contenidos patológicos podían reconocerse como compensatorios, por lo que no podían ocultar la naturaleza sistemática de su interpretación, las representaciones subyacentes a la expresión estaban descompuestas hasta lo incomprensible debido a su contingencia asistemática. Para volver a hacer visible su sentido originariamente compensatorio se necesitaba a menudo un material de asociación más extenso y amplio.

557 Pero lo que seguía siendo en principio incomprensible era por qué en la esquizofrenia se rompe el carácter originario de las neurosis y en lugar de las analogías sistemáticas, esto es, equivalentes, se producen fragmentos analógicos abstrusos, grotescos o sumamente extraños. Lo único que podía constatarse era que una desintegración de las representaciones de esta especie constituía un rasgo específico de la esquizofrenia. Esta enfermedad comparte tal característica con un fenómeno normal como es el *sueño.* En los sueños observamos un carácter idénticamente contingente, absurdo y fragmentario, que exige las mismas medidas amplificadoras para posibilitar la comprensión. Pero la diferencia con la esquizofrenia, que no debe desatenderse, consiste en el hecho de que los sueños ocurren en el *estado de descanso,* esto es, en un intenso oscurecimiento de la

1. *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* [OC 1,1].
* Primer tratado de este volumen.

consciencia, mientras que el fenómeno esquizofrénico afecta muy poco o nada a la orientación elemental de la consciencia. (Dicho sea aquí entre paréntesis, sería difícil distinguir la mayoría de los sueños de esquizofrénicos de los sueños de personas normales.) En mi caso, y a medida que mi experiencia aumentaba, se ha afianzado cada vez más la impresión de una profunda analogía entre el fenómeno esquizofrénico y los sueños. (¡En aquel entonces analizaba al menos cuatro mil sueños por año!)

558 Aunque en 1909 ya había abandonado mi actividad en la clínica para dedicarme completamente a la práctica psicoterapéutica, no perdí el contacto con la esquizofrenia a pesar de mis temores. Por el contrario, fue en aquel entonces cuando —a pesar de que no lo esperaba y para mi gran asombro— entré verdaderamente en contacto con esta enfermedad. Sorprende el gran número de psicosis latentes y potenciales en comparación con los casos manifiestos. Sin contar con datos estadísticos precisos, calculo una relación de diez a uno. Muchas de las neurosis clásicas, como la histeria y las neurosis obsesivas, se revelan en el tratamiento como psicosis latentes que, llegado el caso, pueden transformarse en manifiestas. Éste es un hecho que el psicoterapeuta tiene que tener constantemente presente. Aunque fue más un destino propicio que un mérito propio lo que me preservó de ver a uno de mis pacientes caer inevitablemente en una psicosis, como especialista he visto toda una serie de casos de este tipo, como por ejemplo las neurosis obsesivas clásicas, cuyos impulsos obsesivos se transformaban gradualmente en las correspondientes alucinaciones auditivas, o las histerias inequívocas, que se manifestaban como meras superposiciones de diferentes formas esquizofrénicas, experiencia que no es en absoluto ajena al psiquiatra clínico. De todos modos, cuando ingresé en la práctica independiente me resultó novedoso el número relativamente alto de esquizofrenias latentes que evitan los establecimientos psiquiátricos con intención muchas veces inconsciente pero sistemática, y que en lugar de eso recurren al psicólogo para buscar consejo y ayuda. En estos casos no siempre se trata de una disposición esquizoide, sino de verdaderas psicosis que aún no han socavado definitivamente la compensación a través de la consciencia.

559 Hace ahora cerca de cincuenta años que me convencí por experiencias prácticas de la posibilidad de tratar y curar los trastornos esquizofrénicos a través de medios psíquicos. Como pude comprobar, el paciente esquizofrénico no se comporta frente al tratamiento de forma diferente a la del neurótico. Tiene los mismos complejos, las mismas razones y necesidades, pero no la misma *seguridad en los fundamentos.* Mientras que el neurótico puede confiar instinti-

vamente en que la disociación de su personalidad no perderá nunca su carácter sistemático, por lo que de este modo nunca se pondrá seriamente en cuestión la unidad y la consistencia interna de su totalidad, el esquizofrénico latente siempre debe contar con la posibilidad de que su fundamento ceda en algún punto, de que se produzca una desintegración inevitable y de que sus representaciones y conceptos puedan perder su estructura compacta y su relación con el resto de las cosas, así como su ajuste con otras esferas asociativas o con el entorno, por lo cual se ve amenazado por un caos de la contingencia no dominable. Se halla sobre un suelo inseguro y a menudo lo sabe. Lo peligroso de su situación se muestra con frecuencia en sueños drásticos de grandes catástrofes, apocalipsis y cosas similares. O el suelo sobre el que se sostiene empieza a oscilar, las paredes se doblan o desplazan, la tierra firme se vuelve agua, una tormenta lo arrastra por los aires, todos sus familiares están muertos, etc. Estas imágenes describen un trastorno fundamental de la relación, esto es, del *rapport* del enfermo con su entorno, y revelan su amenazante *aislamiento.*

560 La causa inmediata de este trastorno es un afecto fuerte que en el neurótico produce, como toda emoción, una *alienación* o aislamiento similar, pero que pasa rápidamente. También las imágenes que utiliza su fantasía para simbolizar el trastorno revelan en ocasiones una cierta similitud con las imaginaciones esquizoides pero, a diferencia del carácter amenazante y lúgubre de éstas, causan una impresión de dramatismo y exageración. Por eso se las puede ignorar terapéuticamente sin consecuencias graves. ¡Pero los síntomas de aislamiento en las psicosis latentes deben valorarse de modo totalmente diferente! Aquí tienen el significado de signos amenazantes cuya peligrosidad nunca se reconoce lo suficientemente temprano. Solicitan medidas inmediatas, como la interrupción del tratamiento, el restablecimiento minucioso del *rapport* personal, la modificación del ambiente, la elección de otro terapeuta, el evitar rigurosamente entrar en contenidos de lo inconsciente, especialmente en el análisis de sueños y cosas similares.

561 Naturalmente que éstas son medidas de carácter general, que en los casos individuales se encuentran sometidas a todas las modificaciones posibles. A modo de ejemplo menciono el caso de una dama con formación académica desconocida para mí hasta el momento, que asistía a mis clases sobre un texto tántrico que se ocupaba intensamente de los contenidos de lo inconsciente. Estaba cada vez más fascinada y excitada por esas ideas nuevas para ella, pero no se atrevía a formular las preguntas y los problemas que la invadían. En consecuencia, surgieron sueños compensatorios de su naturaleza

incomprensible que condujeron en rápida sucesión a imágenes destructivas, precisamente esos síntomas de aislamiento mencionados anteriormente. Me consultó en este estadio con el deseo de que la analizara y la ayudase a comprender sus pensamientos ininteligibles. Pero sus sueños sobre terremotos, casas que se derrumbaban e inundaciones me mostraban todo lo contrario: la paciente tenía que ser rescatada de la irrupción ya amenazante de lo inconsciente mediante una modificación fundamental de su situación presente. Le prohibí que asistiera a mis clases y le aconsejé que en lugar de ello estudiara en profundidad *El mundo como voluntad y representación*^ de Schopenhauer[2]. Afortunadamente fue lo suficientemente razonable como para seguir mi consejo, por lo que sus sueños sintomáticos cesaron inmediatamente y la excitación cedió. Como se hizo evidente después, la paciente había sufrido veinticinco años antes un ataque esquizofrénico de corta duración, al que supuestamente no le habían seguido recaídas.

562 En el caso de pacientes esquizofrénicos que ya están siendo tratados con éxito, pueden aparecer enredos emocionales que conducen a recaídas psicóticas o a una psicosis inicial aguda, sobre todo cuando no se reconocen a tiempo los síntomas indicadores del peligro, especialmente los sueños destructivos. El tratamiento o cese de estos procesos no siempre necesita intervenciones drásticas. También se puede llevar la consciencia del paciente a una distancia segura de lo inconsciente mediante medidas terapéuticas habituales, por ejemplo pidiéndole que dibuje o pinte una imagen de su situación psíquica[3]. De esta manera, la situación caótica, aparentemente incomprensible e imposible de formular, puede intuirse y objetivarse, y en cierto modo se logra que la consciencia la observe, la analice y la interprete desde la distancia. El efecto de este método parece consistir en que la impresión originariamente caótica o espantosa es sustituida en cierta medida por la imagen que se antepone. Lo tremendo es «conjurado», banalizado y familiarizado por la imagen, y cuando el paciente es reclamado por la vivencia originaria mediante afectos amenazantes, la vivencia es sustituida por la imagen que la representa y así se frena el espanto. Un buen ejemplo de este fenómeno lo ofrece la terrible visión de Dios del Hermano Klaus, quien, mediante una larga meditación y con ayuda de ciertos diagramas de un místico del sur de Alemania, la transformó en esa

2. Elegí precisamente a Schopenhauer porque este filósofo, influido por el budismo, hace especial hincapié en la naturaleza redentora de la consciencia.

3. Pintar es más efectivo porque también se incluye el sentimiento en la expresión debido a los colores.

imagen de la Trinidad que se conserva en la iglesia parroquial de Sachseln.

563 La predisposición esquizoide está caracterizada por afectos que surgen de los complejos habituales y que generalmente tienen consecuencias más profundas que los afectos de las neurosis. Consideradas desde el punto de vista psicológico, las secuelas afectivas constituyen sintomáticamente lo específico de la esquizofrenia. Como ya se ha recalcado, son asistemáticos y aparentemente caóticos en su contingencia. Además están caracterizados, como ciertos sueños, por *estructuras asociativas primitivas o arcaicas* que se encuentran en íntima relación con los motivos e ideas mitológicos[4].

564 Ya Freud no pudo menos que comparar el frecuente complejo del incesto en las neurosis con un motivo mitológico, eligiendo para ello el apropiado nombre de *complejo de Edipo.* Pero este motivo está lejos de ser el único. Para la psicología femenina habría que elegir una designación correspondiente, como por ejemplo el *complejo de Electra,* algo que he propuesto hace bastante tiempo. Exceptuando el complejo endogámico, existen muchos otros conflictos que serían igualmente comparables con motivos mitológicos.

565 El frecuente recurso a las formas y estructuras de asociación arcaica que observamos en la esquizofrenia me hizo pensar por primera vez en un inconsciente que no está compuesto únicamente por contenidos conscientes perdidos y originarios, sino por una capa en cierta medida más profunda de un carácter universal similar al de los motivos mitológicos, que caracterizan a la fantasía humana. Estos motivos no son de ninguna manera *invenciones,* sino más bien un *descubrimiento* de formas típicas que aparecen espontáneamente y de modo más o menos universal —independientemente de la tradición— en los mitos, cuentos, fantasías, sueños, visiones y estructuras demenciales. Una investigación más detallada de ellos arroja que se trata de actitudes típicas, modos de obrar, maneras de representación e impulsos que deben abordarse como *la conducta instintiva típica del ser humano.* El término de *arquetipo* que elegí para esto coincide con el conocido concepto utilizado en la biología de la *pattem ofbehavior.* No se trata aquí de *representaciones* heredadas, sino de *impulsos* y *formas* instintivos y heredados, tal como pueden observarse en todo ser vivo.

566 Por consiguiente, cuando en la esquizofrenia aparecen con bastante frecuencia las formas arcaicas, este fenómeno indica, según mi opinión, que en esta enfermedad las bases biológicas de la psique se

4. Por supuesto que estos arcaísmos aparecen también en las neurosis e igualmente en personas normales. Pero son más escasos.

ven afectadas de modo más intenso que en la neurosis. Por experiencia se sabe que las estructuras arcaicas del sueño, con su peculiar carácter numinoso, aparecen en el espectro de la normalidad principalmente en situaciones en las que de alguna manera se atenta contra los fundamentos de la existencia individual, por ejemplo en momentos en los que peligra la vida, antes o después de accidentes, de enfermedades graves, operaciones, etc., o en el desarrollo de problemas psíquicos que dan a la vida individual un giro quizás catastrófico, o también en los períodos críticos de la vida, donde se abre paso imperiosamente una modificación del ajuste psíquico presente, o bien antes, durante o después de profundos cambios en el entorno inmediato o más lejano. Por ello, este tipo de sueños no sólo se comunicaban en la Antigüedad al Areópago o al Senado romano, sino que en las sociedades primitivas siguen siendo objeto de conversación, lo que pone de manifiesto que desde tiempos inmemoriales se les ha concedido cierto significado colectivo.

567 Se puede comprender sin mayor esfuerzo que en las situaciones vitales importantes se moviliza el fundamento instintivo de la psique, aun cuando la consciencia no tiene conocimiento de la situación. Incluso puede afirmarse que es precisamente allí cuando el instinto tiene la mejor ocasión de imponerse. Es evidente la importancia vital o amenazante de la psicosis, por lo que la aparición de contenidos con carga instintiva en la situación esquizofrénica no es de ningún modo algo extraño. Lo único llamativo es que esta manifestación no se produzca de manera sistemática dentro del alcance de la consciencia, como sucede en la histeria, donde una personalidad consciente, que se pierde en la unilateralidad, se topa con otra personalidad compensatoria y sistemáticamente organizada, que en virtud de su construcción racional y de la transparencia de su manifestación ofrece una posibilidad mucho mejor a la integración. En lugar de ello, la compensación esquizofrénica permanece casi siempre atascada en formas colectivas arcaicas, con lo cual se vuelve extremadamente inaccesible a la comprensión y la integración.

568 Ahora bien, si la compensación esquizofrénica, esto es, la expresión de sus complejos afectivos, se contentase con una formulación meramente arcaica o mitológica, sus estructuras asociativas podrían comprenderse fácilmente como *perífrasis poéticas*. Pero éste no suele ser el caso, como tampoco lo es en los sueños normales, sino que, como sucede en éstos, las asociaciones son asistemáticas, abruptas, grotescas, absurdas y por consiguiente difíciles de comprender o directamente incomprensibles. Por tanto, no es sólo que las estructuras de compensación esquizofrénicas sean arcaicas, sino que además están desfiguradas por la contingencia caótica.

569 Aquí se trata evidentemente de una desintegración, una descomposición de la apercepción, como puede observarse en casos graves de *abaissement du. niveau mental* (P. Janet) o en los agotamientos e intoxicaciones extremos. En casos como éstos aparecen con frecuencia en el campo de la consciencia las variantes asociativas descartadas por la apercepción normal, a saber: esos matices de forma, sentido y valor que caracterizan por ejemplo al *efecto de la mescalina.* Como es sabido, esta droga y otras similares causan un *abaissement* que, mediante la disminución del umbral de la consciencia, hace perceptibles las *variantes perceptivas* normalmente inconscientes[5] y así, por un lado, enriquece asombrosamente la apercepción y, por otro, rehúye la integración de la orientación general de la consciencia. Esto se debe a que la acumulación de las variantes que han devenido conscientes ayuda a que el acto aperceptivo individual se convierta en una extensión que llena la totalidad de la consciencia. Esto se corresponde con los fenómenos de *fascinación,* tan característicos de la mescalina. No puede discutirse que la apercepción esquizofrénica guarda gran similitud con este hecho.

570 Sin embargo, con el material empírico disponible hasta el momento no parece seguro que la mescalina y el agente nocivo de la esquizofrenia produzcan un *trastorno idéntico.* La conducta abrupta, dura, estancada y discontinua de la apercepción esquizofrénica se distingue del síntoma fluido y movedizo de la mescalina. En conexión con los trastornos del simpático, del metabolismo y de la circulación sanguínea, se produce un cuadro psicológico y fisiológico general de la esquizofrenia que en muchos aspectos recuerda a un *trastorno tóxico* y que ya hace cincuenta años me hizo pensar en la posible presencia de una *toxina específica del metabolismo*[6]. Mientras que en aquel entonces, por falta de experiencia psicológica, tuve que dejar abierta la pregunta de si la etiología era tóxica de modo primario o secundario, pero tras una larga experiencia práctica llegué a la opinión de que *la causa psicógena de la enfermedad era más probable que la tóxica.* Existen numerosos casos de enfermedades leves y pasajeras manifiestamente esquizofrénicas —sin contar las psicosis latentes, mucho más frecuentes— que comienzan de modo puramente psicógeno, transcurren de manera igualmente psicológica —prescindiendo de ciertos matices supuestamente tóxicos—, y pueden restablecerse *ad integrum* por así decirlo mediante un proce-

5. Este término es algo más específico que el concepto *fringe of consciousness* utilizado por William James.

6. *Sobre la psicología de la* dementia praecox, p. 95 [primer tratado de este volumen, § 195 s.].

dimiento puramente psicoterapéutico. Lo mismo he observado en casos graves.

571 Por ejemplo, recuerdo el caso de una muchacha de diecinueve años que fue ingresada a la edad de diecisiete en un establecimiento psiquiátrico por sufrir catatonia y alucinaciones. Su hermano era médico, y dado que él mismo estaba considerablemente implicado en la cadena de vivencias patógenas que condujeron a la catástrofe, perdió la paciencia en su desesperación, acudió a mí y me dio *carte blanche* —incluyendo la posibilidad del suicidio— para que «por fin sucediese lo que fuera humanamente posible». Me trajo a la paciente en estado catatónico, totalmente muda, con frías manos azuladas, estasis que manchaban su rostro y pupilas dilatadas que apenas reaccionaban. La hospitalicé en un sanatorio cercano desde donde me la traían diariamente para una consulta de una hora. Después de varias semanas de esfuerzo logré, por medio de preguntas constantemente repetidas, que me susurrara varias palabras al finalizar cada consulta. En el momento en que se disponía a hablar, siempre se estrechaban las pupilas, desaparecían las manchas de la cara, las manos se calentaban y adquirían una coloración normal. Finalmente comenzaba a hablar —al principio con infinitos bloqueos— y a referirme el contenido de su psicosis. Tenía una formación sólo fragmentaria, se había criado en una pequeña ciudad de ambiente burgués y no había indicios de que tuviera conocimientos mitológicos ni folclóricos. Un día me relató un mito extenso y detallado, una descripción de su vida en la luna, donde jugaba el papel de redentora femenina del pueblo lunar. Al igual que desconocía la clásica relación de la luna con la enfermedad mental, también ignoraba los otros numerosos motivos mitológicos de su narración. La *primera recidiva* sobrevino después de unos cuatro meses de tratamiento y fue causada por el repentino conocimiento de que ya no podría regresar a la luna por haber revelado su secreto a otro ser humano. Cayó en un violento estado de excitación que hizo necesario su traslado a la clínica psiquiátrica. El profesor Eugen Bleuler, mi antiguo jefe, confirmó el diagnóstico de catatonia. Tras unos dos meses remitió el intervalo agudo y la paciente pudo regresar al sanatorio y al tratamiento. Entonces se volvió algo más accesible y empezó a discutir problemas característicos de los casos neuróticos. Su anterior apatía y carencia de afecto fue haciendo sitio a cierta emocionalidad y afectividad viscosas. Como era inevitable, comenzó a traslucírsele cada vez más el problema de su regreso a la vida normal y la afirmación de una existencia humano-social. Cuando se vio enfrentada al carácter ineludible de esta tarea, se produjo la *segunda recidiva,* y nuevamente tuvo que ser ingresada en la clínica con un

fuerte ataque de rabia. Esta vez el diagnóstico clínico era el siguiente: «infrecuente estado crepuscular epileptoide», con signos de interrogación. Evidentemente la vida afectiva que resurgió en ese tiempo difuminó los rasgos esquizofrénicos.

572 A pesar de algunas dudas, pude dar de alta a la paciente considerándola curada después de un tratamiento de más de un año. Durante más de treinta años me mantuvo informado de su estado de salud a través de cartas. Se casó unos años después de su curación, tuvo hijos y aseguraba no haber vuelto a tener nunca ataques patológicos.

573 Ahora bien, la psicoterapia de los casos graves actúa dentro de límites relativamente estrechos. Sería un error pensar que existen *métodos* de tratamiento más o menos adecuados. Los supuestos teóricos en este sentido no significan nada. Hay que dejar de hablar de «método». Lo más importante en el tratamiento es *que las personas tratadas tengan un propósito serio y estén dispuestas a la entrega, e incluso al sacrificio.* He presenciado resultados verdaderamente milagrosos en los cuales enfermeros y legos comprensivos lograron, mediante el valor personal y la entrega paciente, restablecer el *rapport* psíquico con los enfermos y alcanzar así curaciones sorprendentes. Naturalmente que muy pocos médicos y en un número muy limitado de casos pueden emprender una tarea tan dificultosa. De hecho también se pueden mejorar notoriamente o incluso curar graves esquizofrenias mediante el tratamiento psíquico, mientras «resista la constitución de cada uno». Pero esta cuestión considera seriamente si se da el caso de que el tratamiento no sólo exige esfuerzos extraordinarios, sino que también acarrea infecciones psíquicas en el terapeuta, quien posee también una disposición algo insegura. En el ámbito de mi experiencia se han producido al menos tres casos de psicosis inducida en tratamientos de este tipo.

574 Los resultados del tratamiento son con frecuencia curiosos: recuerdo el caso de una viuda de sesenta años que durante treinta años sufrió alucinaciones crónicas tras un intervalo esquizofrénico agudo que la llevó algunos meses a un establecimiento psiquiátrico. Escuchaba «voces» que se hallaban esparcidas por toda la superficie de su cuerpo y que se acumulaban fundamentalmente en los orificios corporales así como en los pezones y el ombligo. Sufría considerablemente por este trastorno. Debido a ciertos motivos que no explicaré aquí, acepté encargarme del «tratamiento» del caso, que consistía más bien en un control o asistencia. Desde el punto de vista terapéutico me parecía un caso desesperanzado^ especialmente porque la paciente tenía una inteligencia muy limitada. Aunque llevaba su casa razonablemente bien, apenas era posible mantener una conversación sensata con ella. La cosa funcionaba bien cuando se

hacía referencia a una voz que la paciente designaba como la «voz de Dios», que se localizaba aproximadamente en la mitad del esternón. Esta voz le decía que ella debía persuadirme de que en cada consulta leyéramos un capítulo de la Biblia elegido por mí y que yo lo memorizara y reflexionara sobre él en casa. En la siguiente consulta yo tendría que repasar la lección con ella. Esta propuesta, en principio curiosa, se manifestó más tarde como un recurso terapéutico para nada irrelevante, en la medida en que el ejercicio logró que mejorara notoriamente no sólo la capacidad lingüístico-expresiva de la paciente, sino también el *rapport* psíquico. El éxito final consistió en que después de unos ocho años la parte derecha del cuerpo estaba totalmente liberada de voces exactamente hasta la mitad. Las voces seguían presentes en el lado izquierdo. El resultado imprevisto de este ejercicio practicado con suma paciencia se debe sólo a la circunstancia de que la atención y el interés de la paciente se mantuvieron despiertos. (Luego murió de una apoplejía.)

575 por lo general, el grado de inteligencia y de formación del paciente tiene considerable importancia para el pronóstico terapéutico. En los casos de intervalos agudos que van remitiendo o en estadios iniciales me parece muy valiosa la discusión iluminadora de los síntomas, especialmente los de contenido psicótico. Debido a que la fascinación de los contenidos arquetípicos es especialmente peligrosa, la explicación del sentido universal e impersonal de la misma me parece especialmente útil, lo que en cierta medida está en contradicción con la discusión habitual de los complejos personales. Estos últimos son las causas que originariamente provocaron las reacciones y compensaciones arcaicas; por tanto, en cualquier momento pueden volver a causar los mismos efectos. Por eso a menudo hay que ayudar a que el paciente desligue su interés, al menos temporalmente, de las fuentes de excitación personales para lograr que alcance una orientación y una comprensión general de su confusa situación. Es por eso que me he impuesto como regla ofrecer al paciente inteligente tantos conocimientos psicológicos como sea posible. Cuanto más sepa de esto, tanto mejor será la elaboración del pronóstico; pues, si está provisto de los conocimientos necesarios, puede enfrentarse con comprensión a las repetidas irrupciones de lo inconsciente y de este modo asimilar los contenidos extraños del mismo e integrarlos en su mundo consciente. Por ello, en los casos en que los pacientes recuerdan el contenido de su psicosis suelo discutirlo minuciosamente con el enfermo para alumbrar la comprensión lo máximo posible.

576 Ahora bien, este procedimiento exige del médico algo más que meros conocimientos psiquiátricos, pues tiene que saber de mitolo-

gía, psicología primitiva, etc. Tales conocimientos son actualmente parte de las herramientas del psicoterapeuta, al igual que fueron parte esencial del conocimiento médico hasta la época de la Ilustración. (¡Piénsese por ejemplo en los médicos de la escuela de Paracelso en la Edad Media!) No se puede ir al encuentro del alma humana, sobre todo en su estado de padecimiento, con la ignorancia de un lego que conoce de ella sólo sus complejos personales. Por eso la medicina somática presupone también un conocimiento exhaustivo de la anatomía y de la fisiología. Pues al igual que existe un cuerpo humano objetivo y no meramente subjetivo y personal, del mismo modo existe una psique objetiva con sus estructuras y actividades específicas, de las que el psicoterapeuta debería tener al menos un conocimiento mínimo. De todos modos, en este sentido poco ha cambiado en el último medio siglo. Si bien existen, según mi opinión, algunos principios algo precipitados para elaborar una teoría, fracasan por los prejuicios del consultorio y por el deficiente conocimiento de los hechos. Todavía hay que recoger muchas experiencias en todos los ámbitos de los fenómenos psíquicos antes de que estén seguros los fundamentos que podrían compararse por ejemplo con los resultados de la anatomía comparada. Actualmente sabemos infinitamente más de la constitución del cuerpo que de la estructura del alma, cuya biología por lo demás se vuelve cada vez más importante para la comprensión de los trastornos somáticos y finalmente del ser humano mismo.

577 El cuadro general de la esquizofrenia, resultante de una experiencia de más de cincuenta años y que he intentado esbozar aquí brevemente, no revela ninguna etiología inequívoca. Sin embargo, cuando investigo mis casos analíticamente, más allá de las inquisiciones anamnésicas y de la observación clínica, esto es, cuando con ayuda de los sueños y del material psicótico puedo cerciorarme no sólo del estado inicial, sino también del transcurso del proceso compensatorio durante el tratamiento, compruebo que no he encontrado ningún caso que no haya mostrado un desarrollo lógico y causal. Siempre tengo presente la objeción de que mi material de observación se compone preponderantemente de casos leves, todavía indefinidos, y de psicosis latentes. Por eso ignoro por ejemplo cómo funcionan esas catatonías graves, que pueden incluso conducir a un desenlace letal y que por lo general no aparecen en la consulta del psicoterapeuta. Así pues, debo dejar abierta la posibilidad de que también existan esquizofrénicos en los que la etiología psicógena sólo se presente de forma reducida o que ni siquiera venga al caso.

578 A pesar del carácter en general indudable de la psicogenia, que haría esperar un desarrollo puramente psicológico de la enferme-

dad, en la esquizofrenia se presentan sin embargo secuelas que no me parecen explicables psicológicamente. Estos fenómenos tienen lugar, como se dijo más arriba, en el ámbito del complejo patógeno. Normalmente, y dentro del ámbito neurótico, el afecto que cohesiona al complejo ocasiona síntomas que pueden interpretarse como ligeras formas previas de la esquizofrenia, sobre todo cierto *abaissement du niveau mental* con su característica unilateralidad, perturbación del juicio, debilidad de la voluntad y con los atributos que acompañan a las reacciones del complejo, como son el bloqueo, la perseveración, la estereotipia, la superficialidad motoro-lingüística, la aliteración y la asonancia. El afecto se revela asimismo como un creador de neologismos. Todos estos fenómenos retornan en la esquizofrenia juntos y fortalecidos, lo que indudablemente apunta a una fortaleza extraordinaria del afecto. Como a menudo es el caso, el afecto no suele manifestarse a la percepción externa, como dramatizado, sino que transcurre en cierta medida de modo invisible al observador exterior, hacia dentro, donde suscita fenómenos intensos de compensación por parte de lo inconsciente[7]. Estos fenómenos se exteriorizan sobre todo en estructuras demenciales y en los sueños, que se adueñan con violencia posesiva de la consciencia. La intensidad de su fascinación se corresponde con la fuerza del afecto patógeno y por lo general puede explicarse fácilmente a partir de éste.

579 Ahora bien, mientras que en el espectro de las personas normales y neuróticas el afecto agudo cede relativamente rápido y el afecto crónico entorpece la orientación general de la consciencia y la facultad de disposición en una medida apenas apreciable, al complejo esquizofrénico le corresponde un efecto mucho más intenso. Sus exteriorizaciones se fijan, su autonomía relativa se vuelve absoluta y se posesiona de la consciencia hasta la alienación y la destrucción de la personalidad. No produce una *double personnalité,* sino que destituye a la personalidad del yo en la medida en que ocupa su sitio, un fenómeno que sólo puede observarse en estados afectivos muy agudos y graves —que por eso mismo son designados como afectos patológicos— o en delirios. La forma primitiva normal de este estado es el *sueño,* que sin embargo, en oposición a la esquizofrenia, no tiene lugar en el estado de vigilia, sino durante el descanso.

580 El juicio se encuentra aquí ante un dilema: ¿debemos suponer que el momento causal es una cierta debilidad de la personalidad del yo o una intensidad afectiva particular? Creo que el segundo supuesto es una visión más prometedora por las siguientes razones:

7. Este estado se corresponde con la característica *carencia de afecto* del esquizofrénico.

para la comprensión psicológica la notoria debilidad de la consciencia del yo en el estado de descanso no significa nada en cuanto al contenido. Pero el complejo afectivo decide sobre el sentido del sueño tanto dinámicamente como en cuanto al contenido. Está claro que este conocimiento también puede aplicarse al estado esquizofrénico, pues, dado lo visto hasta el momento, toda la fenomenología de esta enfermedad se centra en el complejo patógeno. Al intentar una explicación, lo mejor es partir de éste y considerar el debilitamiento de la personalidad del yo como secundario, y como una de las secuelas destructivas de un complejo afectivo que, si bien surge en el espectro de la normalidad, hace estallar luego la unidad de la personalidad debido a su intensidad.

581 Todo complejo, incluso en el ámbito neurótico, tiene la marcada tendencia a normalizarse en la medida en que se ajusta a la jerarquía de órdenes psíquicos más altos o, en el peor de los casos, produce una disociación personal en la personalidad del yo. En el caso de la esquizofrenia, por el contrario, el complejo no sólo permanece estancado en lo arcaico, sino también en el caos de la contingencia, independientemente de su aspecto social. Permanece ajeno, incomprensible e inmediato, como la inmensa mayoría de los sueños. El estado de descanso es responsable de esta peculiaridad de los sueños. En cambio, para la esquizofrenia se debe recurrir como hipótesis explicativa a un *agente nocivo* específico. Aquí habría que imaginarse una *toxina* producida por un afecto excesivo, a la que de todos modos debemos suponer un efecto específico. No actúa de forma universal en el sentido de que trastornaría de igual manera las funciones sensibles o el aparato motor, sino que actúa sólo en el círculo del complejo patógeno, cuyos procesos asociativos se ven hundidos por medio de un intenso *abaissement du niveau mental* hasta un grado arcaico y en parte resultan también descompuestos en sus partículas elementales.

582 Ahora bien, este postulado nos hace pensar en una *localización,* idea que quizás puede considerarse demasiado atrevida. Pero según se me ha informado por carta parece que recientemente dos investigadores americanos han logrado provocar la visión alucinatoria de una forma arquetípica mediante la excitación del tallo cerebral. Se trata de un caso de epilepsia que tenía como síntoma prodrómico del ataque la visión de una *quadratura circuli.* Este motivo forma parte de la extensa serie de los llamados símbolos del mándala, cuya localización en el tallo cerebral había supuesto yo desde hace tiempo. Psicológicamente se trata de un arquetipo de importancia central *y* extensión universal, que aparece de forma espontánea en los productos de lo inconsciente independientemente de toda tradición.

Es fácil de reconocer y no puede ocultarse a nadie que tenga alguna experiencia con los sueños. El motivo que me llevó a sospechar una localización en el tallo cerebral radica en el hecho psicológico de que precisamente este arquetipo se adecúa al papel de un *ordenador* que indica la dirección[8]. Por eso los símbolos del mándala aparecen con frecuencia en momentos de desorientación espiritual y precisamente como factores compensadores del orden. Este último aspecto se expresa especialmente en la *estructura matemática* del símbolo, que ya desde la antigüedad tardía era conocida en la Filosofía natural hermética como el axioma de *María prophetissa* (una filósofa neoplatónica, probablemente del siglo m) y que durante mil cuatrocientos años fue objeto de ferviente especulación[9].

583 Si la idea de una localización del arquetipo se pudiera confirmar mediante otras experiencias, aumentaría considerablemente la probabilidad de la *autodestrucción del complejo patógeno* mediante una toxina específica, y podríamos entender el proceso destructivo como una especie de reacción defensiva biológicamente fallida.

584 Pero transcurrirá todavía un buen tiempo hasta que la fisiología y la patología del cerebro, por un lado, y la psicología de lo inconsciente, por el otro, puedan darse la mano. Hasta ese entonces deberán andar por caminos separados. Pero la psiquiatría, que se ocupa de la totalidad del ser humano, en su tarea de comprender y tratar al enfermo se ve obligada a considerar tanto un lado como el otro, sin preocuparse del abismo que se abre entre los dos aspectos del fenómeno psíquico. Aunque a nuestra visión actual no le sea dado hallar esos puentes que unen ambas orillas —por un lado la visibilidad y el carácter palpable del cerebro, por otro la aparente falta de sustancia de las formas psíquicas—, subsiste sin embargo la infalible certeza de su existencia. Ojalá que esta certeza prevenga a la investigación de desatender de modo precipitado e impaciente una parte en perjuicio de la otra o incluso de pretender sustituir una por la otra. La naturaleza no existiría sin sustancialidad, como tampoco existiría si no estuviese reflejada psíquicamente.

8. Esto puede verse con más detalle en *Psicología y alquimia* [ed. orig. 1944], pp. 139 ss. [OC 12]; *Gestaltungen des Unbetuussten,* pp. 187 ss. [«Sobre el simbolismo del mándala», OC 9/1,12]; «Sincronicidad como principio de conexiones acausales», *passim* [OC 8,19].

9. Uno de los antecedentes históricos de esto podría ser la dificultad oculta dentro de la narración marco del *Timeo* platónico referente al problema cosmogónico. (Cf. *Symbolik des Geistes,* pp. 335 ss. [«Ensayo de interpretación psicológica del dogma de la Trinidad», OC 11,2, § 179 ss.].)

BIBLIOGRAFÍA

A. LISTA DE LAS REVISTAS CITADAS, CON SUS ABREVIATURAS

Allg. Z. f. Psychiat. = *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin,* Berlin.

Année psychol. = *Année psychologique,* París.

Arch. f. Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik = *Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik,* Leipzig.

Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr. = *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* Berlin.

Archs. de Psychol. Suisse rom. = *Archives de Psychologie de la Suisse romande,* Genéve.

Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. = *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* Berlin/Leipzig.

Dtsch. med. Wschr. = *Deutsche medizinische Wochenschrift,* Leipzig.

]b. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. = *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen,* Wien/Leipzig.

J. f. Psychol. u. Neur. = *Joumal für Psychologie und Neurologie* (antes: *Zeitschrift für Hypnotismus),* Leipzig.

J. nerv. ment. Dis. = *Joumal ofNervous and Mental Diseases,* New York.

Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. = *Klinik für psychische und nervóse Krankheiten,* Halle.

Mschr. f. Psychiat. u Neur. = *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.*

Neurologia = *Neurologia. Fin Centralblatt für Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und verwandte Wissenschaften,* Tokio.

Neur. Centralbl. = *Neurologisches Centralblatt,* Leipzig.

Psychiat.-neur. Wschr. = *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift,* Halle.

Psychol. Rvtv. = *Psychological Revietv,* Lancaster (Pa.).

Rev. scient. = *Revue scientifique de France et l'étranger,* París.

St. Petersburger med. Wschr. = *St. Petersburger medizinische Wochenschrift,* St. Petersburg (Leningrad).

Wien. med. Presse = *Wiener medizinische Presse,* Wien.
Z. f. Psychol. u. Phisiol. d. Sinnesorg. = *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane,* Leipzig.

B. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Adler, Alfred, *Über den nervösen Charakter,* Wiesbaden, 1912 *[El carácter neurótico,* trad. de A. v. Ritter-Zahón y P. F. Vallés, Planeta-De Agostini, Barcelona, 1984].

Arndt, Erich, «Über die Geschichte der Katatonie»: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XXV (n. s. XIV) (1902), pp. 81-117.

Aschaffenburg, Gustav, «Die Katatoniefrage»: *Allg. Z. f. Psychiat.* LIV (1898), pp. 1004-1026.

—, *v.* «Bericht über die 28. Versammlung».

Baetz, E. von, «Über Emotionsláhmung»: *Allg. Z. f. Psychiat.* LVIII (1901), pp. 717-721.

Ball, B., «La folie du doute»: *Rev. scient.* (3.ª serie), t. IV (XXX de la colección), pp. 42-46.

«Bericht über die 28. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe 6/7 Nov. 1897»: *Allg. Z. f. Psychiat.* LV (1898), pp. 60-67 [sobre la ponencia de Aschaffenburg].

Binet, Alfred, *Les Altérations de la personnalité,* Paris, 1892.

—, «Attention et adaptation»: *Année psychol.* VI (1900), pp. 247-404.

Bleuler, Eugen, *Affektivitat, Suggestibilitdt, Paranoia,* Halle, 1906.

—, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien,* Leipzig/Wien, 1911.

—, «Frühe Entlassungen» *Psychat. -neur. Wschr.* VI (1904/1905), pp. 441-444.

—, «Die negative Suggestibilitát, ein physiologisches Prototyp des Negativismus, der contráren Autosuggestion und gewisser Zwangsideen»: *Psychat. -neur. Wschr.* VI (1904/1905), pp. 249-253 y 261-263.

—, «Zur Theorie des schizophrenen Negativismus»: *Psychat. -neur. Wschr.* XII (1910/1911), pp. 171, 189 y 195.

Bohn, Wolfgang, *Ein Fall von doppeltem Bewusstsein,* tesis doctoral, Breslau, 1898.

Bonhoeffer, K., «Über den pathologischen Einfall. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Degenerationszustánde»: *Dtsch. med. Wschr.* XXXIX (1904), pp. 1420-1423.

Bresler, Johann, «Culturhistorischer Beitrag zur Hysterie»: *Allg. Z. f. Psychiat.* LUI (1897), pp. 333-376.

Breuer, Josef y Sigmund Freud, *Studien über Hysterie,* Leipzig/Wien, 1895 *[Estudios sobre la histeria,* trad. de L. López-Ballesteros, en S. Freud, *Obras completas 2,* Biblioteca Nueva, Madrid, 1972].

Breukink, H., «Über eknoische Zustande»: *Mschr. f. Psychiat. u. Neur.* XFV (1903), pp. 97-112.

Chaslin, Philippe, *La Confusión mentale primitive,* Paris, 1895.

Claparéde, Edouard, «Esquisse d'une théorie biologique du sommeil»: *Archs. de Psichol. Suisse rom. IV* (1904/1905), pp. 245-349.

Claus, A., *Catatóme et stupeur* [Congrés de médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue frangaise, 13e session], Bruxelles, 1903.
De Sanctis, Sante, *Die Trdume,* Halle, 1901.
Diagnostische Assoziationsstudien. Beitrdge zur experimentellen Psychopathologie, ed. de C. G. Jung, 2 vols., J. A. Barth, Leipzig, 1906/1910, reeds. 1911 y 1915, respectivamente *(v. t.* Jung, Riklin y Wehrlin) [citado como *Estudios diagnósticos de asociación].*
I. Jung, C. G. y Franz Riklin, «Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder» [OC 2,1].
II. Wehrlin, K., «Über die Assoziationen von Imbezillen und Idioten».
III. Jung, C. G., «Analyse der Assoziationen eines Epileptikers» [OC 2,2].
IV. —, «Über das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment» [OC 2,3].
VI. —, «Psychoanalyse und Assoziationsexperiment» [OC 2,5].
VII. Riklin, Franz, «Kasuistische Beitráge zur Kenntnis hysterischer Assoziationsphánomene».
VIII. Jung, C. G., «Assoziation, Traum und hysterisches Symptom» [OC 2,7].
IX. —, «Über die Reproduktionsstórungen beim Assoziationsexperiment» [OC 2,9].
Diem, Otto, «Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex)»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XXXVII (1903), pp. 111-187.
Evensen, Hans, «Die psychologische Grundlage der katatonischen Krankheitszeichen»: *Neurología* II/l (1903), pp. 1-24.
Feindel, E., *v.* Meige.
Féré, Charles Samson, *La Pathologie des émotions,* Paris, 1892.
Ferenczi, Sándor, «Über die Rolle der Homosexualitát in der Pathogenese der Paranoia»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* III (1911), pp. 101-119.
Flournoy, Théodore, *Des Indes á la planéte Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie,* Paris/Genéve, [3]1900.
—, «Nouvelles Observations su un cas de somnambulisme avec glossolalie»: *Archs. de Psychol. Suisse rom.* I (1901), pp. 101-255.
Forel, Auguste Henri, «Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XXXIV (1901), pp. 960-997.
Freud, Sigmund, *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie,* Leipzig/Wien, 1905 *[Tres ensayos para una teoría sexual,* en *Obras completas* 4, cit.].
—, «Der Gegensinn der Urworte»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* II (1910), pp. 179-184 [«El sentido antitético de las palabras primitivas», en *Obras completas* 2, cit.].
—, «Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* III (1911), pp. 9-68 [suplemento: «P. Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken», pp. 588-590 del mismo volumen] [«Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito», en *Obras completas* 5, cit.].

—, *Die Traumdeutung,* Leipzig/Wien, 1900 *[La interpretación de los sueños,* en *Obras completas* 2, cit.].

—, «Weitere Bemerkungen über Abwehr-Neuropsychosen»: *Neur. Centralbl.* VIII (1896), y en *Sammlungkleiner Schriften zurNeurosenlehre aus den Jahren 1893-1906,* Leipzig/Wien, 1906 [«Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa», en *Obras completas* 1, cit.].

—, *Zur Psychopathologie des Alltagslebens. (ÜberVergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum),* Berlin, ²1907 *[Sobre la psicopatología de la vida cotidiana,* en *Obras completas* 3, cit.].

V. Breuer.

Freusberg, —: «Über motorische Symptome bei einfachen Psychosen»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XVII (1886) pp. 757-794.

Fuhrmann, M., «Über acute juvenile Verblódung»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XL (1905), pp. 817-847.

Fürstner, C., «Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XXXI (1899), pp. 627-639.

Gierlich, N., «Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XL (1905), pp. 19-40.

Godfernaux, André, *Le Sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques,* Paris, 1894.

Grebelskaja, S., «Psychologische Analyse eines Paranoiden»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* IV (1912), pp. 116-140.

Gross, Otto, «Beitrag zur Pathologie des Negativismus»: *Psychiat. Neur. Wschr.* V (1903/1904), pp. 269-273.

—, «Über Bewusstseinszerfall»: *Mschr. f. Psychiat. u. Neur.* XV (1904), pp. 45-51.

—, *Die zerebrale Sekundarfunktion,* Leipzig, 1902.

—, «Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phánomene»: *Psychiat.-neur. Wschr.* VI (1904/1905), pp. 345-353 y 357-363.

— «Zur Nomenklatur *Dementia sejunctiva»-. Neur. Centralbl.* XXIII (1904), pp. 1144-1146.

Hauptmann, Gerhart, *Hanneles Himmelfahrt. Traumdichtung in zwei Teilen,* Berlin, 1902.

Heilbronner, Karl, «Über Haftenbleiben und Stereotypie»: *Mschr. f. Psychiat. u. Neur.* XVIII (1905), pp. 293-371.

Henry, Víctor, *Antinomies linguistiques,* Paris, 1896.

Hufeland, Christoph Wilhelm, *Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verldngern,* Reutlingen, ⁵1817.

Itten, W., «Beitráge zur Psychologie der Dementia praecox»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* V (1913), pp. 1-54.

James, William, *Pragmatism,* London/Cambridge (Mass.), 1907 *[Pragmatismo,* trad. y prólogo de R. del Castillo, Alianza, Madrid, 2000].

Janet, Pierre, *L'Automatisme psychologique,* Paris, 1889.

—, *Névroses et idées fixes,* 2 vols., Paris, 1898.

—, *Les Obsessions et la psychasthénie,* 2 vols., Paris, 1903.

Jung, Cari Gustav*, «Un caso de estupor histérico en una mujer en prisión preventiva» (1902), OC 1,5.

* Obras citadas en este volumen, en orden cronológico.

—, *Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos* (1902), OC 1,1.
—, «Peritaje médico sobre un caso de simulación de trastorno mental» (1903), OC 1,7.
—, «Observaciones experimentales sobre la facultad de recordar» (1905), OC 2,4.
—, «El significado psicopatológico del experimento de asociación» (1906), OC 2,8.
—, «El diagnóstico psicológico forense» (1906/1941), OC 2,6.
—, *Transformaciones y símbolos de la libido* (1912). Nueva edición: *Símbolos de transformación* (1952), OC 5.
—, «Sobre la cuestión de los tipos psicológicos» (1913), OC 6,2.
—, «Ensayo de interpretación psicológica del dogma de la Trinidad» (1948), OC 11,2.
—, «Sobre el simbolismo del mándala» (1950), OC 9/1,12.
V. *Estudios diagnósticos de asociación,* ed. de C. G. Jung; de él son las contribuciones I (con F. Riklin), III, IV, VI, VIII y IX, OC 2.
Kaiser, O., «Beitráge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie»: *Allg. Z. f Psychiat.* LVIII (1901), pp. *957-969* y 1126-1159.
Kant, Immanuel, *Kritik der praktischen Vernunft,* ed. de Karl Kehrbach, Reclam, Leipzig [s. f.] *[Crítica de la razón práctica,* trad. de E. Miñana y Villagrasa y M. García Morente, Sígueme, Salamanca, 2002].
Kazowsky, A. D., «Zur Frage nach dem Zusammenhange von Tráumen und Wahnvorstellungen»: *Neur. Centralbl.* XX (1901), pp. 440-447 y 508-513.
Klinke, O., «Über das Symptom des Gedankenlautwerdens»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XXVI (1894), pp. 147-201.
Kraepelin, Emil, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 7 A* ed. numerosas revisiones, 2 vols., Leipzig, 1903/1904.
—, «Über Sprachstórungen im Traume»: *Psychologische Arbeiten* [ed. Kraepelin] V (1910), pp. 1-104.
—, «Bericht der 19. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden, 2 und 3 Juni 1894»: *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.* XXVI (1894), pp. 548-612 [sobre Kraepelin p. 597].
Krafft-Ebing, Richard von, *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende,* 4.ª ed., parcialmente revisada, Stuttgart, 1890.
Leupoldt, C. von, «Zur Symptomatologie der Katatonie»: *Klin. f. psych. u. nerv. Krankh.* I (1906), pp. 39-50.
Liepmann, Hugo, *Über Ideenflucht. Begriffsbestimmung und psychologische Analyse,* Halle, 1904.
Maeder, Alphons, «Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox Kranken»: *Jb. f. psych oanal. u. psychopath. Forsch.* II (1910), pp. 185-245.
Marguliés, Alexander, «Die primare Bedeütung der Affecte im ersten Stadium der Paranoia»: *Mschr. f. Psychiat. u. Neur.* X (1901), pp. 265-288.
Masselon, René, *La Démence précoce,* Paris, 1904.
—, *Psychologie des déments precoces,* tesis de París, 1902.
Mayer, Karl, «Sechzehn Fälle von Halbtraumzustand»: *Jbb. f. Psychiat. u. Neur.* XI (1892), pp. 236-252. *V.* Meringer.

Meige, H. y E. Feindel, *Les Tics et leur traitement,* Paris, 1902. En alemán: *Der Tic,* Leipzig, 1903.

Mendel, Emanuel, *Leitfaden der Psychologie,* Stuttgart, 1902.

Meringer, Rudolf y Karl Mayer, *Versprechen und Veri es en. Eine psychologisch-linguistische Studie,* Stuttgart, 1895.

Meyer, Ernst, *Beitrag zur Kenntnis der acut entstandenen Psychosen,* escrito de habilitación, Berlin, 1899.

Müller, Georg E. y A. Pilzecker, «Experimentelle Beitráge zur Lehre vom Gedáchtnis»: *Z. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg.,* suplemento I (1901).

Neisser, Clemens, *Individualitat und Psychose. Vortrag, gehalten an der allgemeinen Sitzung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran am* 29 *Sept. 1905,* Berlin, 1906.

—, «Paranoia und Schwachsinn»: *Allg. Z. f. Psychiat.* LUI (1897), pp. 241-269.

—, *Über die Katatonie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie,* Stuttgart, 1887.

— «Über Sprachneubildungen Geisterkranker. 74. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenárzte zu Breslau»: *Allg.* Z. *f. Psychiat.* LV (1898), pp. 443-446.

Nelken, Jan, «Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* IV (1912), pp. 504-562.

Nietzsche, Friedrich, *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für alie und Keinen. Werke* VI, Leipzig, 1901 [Así *habló Zaratustra,* trad. de A. Sánchez Pascual, Alianza, Madrid, 1993].

—, *Die Entstehung uon* Also sprach Zarathustra, ed. de Elisabeth Fórster-Nietzsche, Werke VI, Leipzig, 1901.

—, *Dichtungen,* Werke VIIII, Leipzig, 1899 *[Poesía completa,* ed. y trad. de L. Pérez Latorre, Trotta, Madrid, [4]2010].

Paulhan, Frédéric, *L'Activité mentale et les éléments de Pesprit,* Paris, 1889.

—, *Les Mensonges du caractére,* Paris, 1905.

Pelletier, Madeleine, *L'Association des idées dans la manie aigué et dans la debilité mentale,* tesis de París, 1903.

Pfister, O., «Über Verbigeration»: *Psychiat.-neur. Wschr.* VII (1906).

Pick, Arnold, «On Contrary Actions»: *J. nerv. ment. Dis.* XXXI (1904), pp. 1-14.

—, «Über pathologische Tráumerei und ihre Beziehung zur Hysterie»: *Jb. f. Psychol. u. Neur.* XIV (1896), pp. 280-301.

Pilzecker, A., *v.* Müller.

[Platón,] *Platons Timaios / Kritias / Gesetze X,* trad. alemana de Otto Kiefer, Jena, 1909 *Timeo* y *Critias,* en Platón, *Diálogos* VI, introd., trad. y notas de M. A. Durán y F. Lisi, Gredos, Madrid, 1992; *Leyes X,* en *Diálogos* IX, introd., trad. y notas de F. Lisi, Gredos, Madrid, 1999].

Psychologische Arbeiten, v. Kraepelin.

Riklin, Franz [sen.], «Analytische Untersuchungen der Symptome und Assoziationen eines Falles von Hysterie (Lina H.)»: *Psychiatr.-neur. Wschr.* VI (1904/1905), pp. 449, 464, 469, 481, 493, 505 y 521.

—, «Über Versetzungsbesserungen»: *Psychiat.-neur. Wschr.* VII (1905/1906), pp. 153, 165 y 179.

—, «Zur Psychologie hysterischer Dámmerzustánde und des Ganser'schen Symptoms»: *Psychiat.-neur. Wschr.* VI (1904/1905), pp. 185-193.

V. *Estudios diagnósticos de asociación* [I (con C. G. Jung) y VII].

Roller, C. F. W., «Über motorische Stórungen beim einfachen Irresein»: *Allg. Z. f. Psychiat.* XLII (1885), pp. 1-60.

Royce, Josiah, «The Case oíJohn Bunyan»: *Psychol. Rviv.* I (1894), pp. 22-33, 134-151 y 230-240.

Schreber, Daniel Paúl, *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken,* Leipzig, 1903 *[Memorias de un enfermo nervioso,* trad. de R. Alcalde, Sexto Piso, Madrid, 2008].

Séglas, Jules, *Legons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses,* París, 1895.

Sokolowski, Ernst, «Hysterie und hysterisches Irresein»: *St. Petersburger med. Wschr.* XX (n. s.) XII (1895), pp. 441-444. Además en: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XIX (n. s.) VI (1896), pp. 302-312.

Sollier, Paúl Auguste, *Le Mécanisme des émotions,* París, 1905.

Sommer, Robert, *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden,* Berlin/Wien, 1899.

—, «Zur Lehre von der "Hemmung" geistiger Vorgánge»: *Allg. Z. f. Psychiat.* L (1894), pp. 234-257.

Spielrein, Sabina, «Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox)»: *Jb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch.* III (1911), pp. 329-400.

Stadelmann, Heinrich, *Geisteskrankheit und Schicksal,* München, 1905.

Stransky, Erwin, «Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die árztliche Praxis»: *Wien. med. Presse* XLVI (1905), cois. 1379-1383, 1435-1441, 1478-1482 y 1522-1527.

—, *Über Sprachverwirrtheit. Beitrage zur Kenntnis derselben bei Geisteskranken und Geistesgesunden* (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete Nerven- und Geisteskrankheiten VI), Halle, 1905.

—, «Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox»: *Neur. Centralbl.* XXIII (1904), pp. 1074-1085 y 1137-1143.

—, «Zur Kenntnis gewisser erworbener Blodsinnsformen. (Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Dementia praecox)»: *Jbb. f. Psychiat. u. Neur.* XXIV (1903) pp. 1-149.

—, «Zur Lehre von der Dementia praecox»: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XXVII (n. s.) XV (1904), pp. 1-19.

Svenson, Frey, «Om Katatoni»: *Hygieia* (Stockholm) (2.ª serie) II (1902), pp. 107-138.

Tiling, Th., *Individuelle Geistesartung und Geistesstórung* (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens XX), Wiesbaden, 1904.

—, «Zur Átiologie der Geistesstörungen»: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XXVI (n. s.) XIV (1903), pp. 561-579.

Vogt, Ragnar, «Zur Psychologie der katatonischen Symptome»: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XXV (n. s.) XIX, pp. 433-437.

Wehrlin, K., *v. Estudios diagnósticos de asociación* [II].

Weiskorn, Joseph, *Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt,* tesis doctoral, Bonn 1897.

Weygandt, Wilhelm, «Alte Dementia praecox»: *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.* XXVII (n. s.) XV (1904), pp. 613-625.

Wundt, Wilhelm, *Grundriss der Psychologie,* Leipzig, [5]1903.
—, *Grundzüge der physiologisch en Psychologie,* 3 vols., Leipzig,[5]1903.
Ziehen, Georg Theodor, *Leitfaden der physiologischen Psychologie,* Jena, [3]1896.
—, *Psychiatrie fürArzte und Studierende bearbeitet,* Leipzig,[2]1902.
Zola, Emite, *Lourdes,* Paris, 1884.
—, *Le Reve,* Paris, 1888.
Zündel, Friedrich, *Pfarrer Joh. Christoph Blumhardt. Ein Lebensbild,* Zürich/Heilbronn.

ÍNDICE ONOMÁSTICO*

* La numeración de los índices remite al párrafo correspondiente. Los números volados o asteriscos indican que la mención se encuentra en una nota perteneciente a ese párrafo. Los números entre paréntesis hacen referencia al término en cuestión, aunque éste no aparezca explícitamente nombrado en el párrafo. Las remisiones —*v.* (véase), *v.a.* (véase allí), *v.t.* (véase también)— pueden referir a cualquiera de los índices. Siglas: (E) = ejemplo; (ID) = idea demencial; (MO) = motivo onírico.

* Las obras de Jung aparecen ordenadas alfabéticamente.

ÍNDICE DE MATERIAS

LA OBRA DE CARL GUSTAV JUNG

A. OBRA COMPLETA*

Volumen 1. ESTUDIOS PSIQUIÁTRICOS

1. Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos (1902)
2. Sobre la paralexia histérica (1904)
3. Criptomnesia (1905)
4. Sobre la distimia maniaca (1903)
5. Un caso de estupor histérico en una mujer en prisión preventiva (1902)
6. Sobre simulación de trastorno mental (1903)
7. Peritaje médico sobre un caso de simulación de trastorno mental (1904)
8. Peritaje arbitral sobre dos peritajes psiquiátricos contradictorios (1906)
9. Acerca del diagnóstico psicológico forense (1905)

Volumen 2. INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES

ESTUDIOS ACERCA DE LA ASOCIACIÓN DE PALABRAS

1. Investigaciones experimentales sobre las asociaciones de sujetos sanos (C. G. Jung y F. Riklin, 1904/1906)
2. Análisis de las asociaciones de un epiléptico (1905/1906)
3. Sobre el tiempo de reacción en el experimento de asociación (1905/1906)
4. Observaciones experimentales sobre la facultad de recordar (1905)
5. Psicoanálisis y experimento de asociación (1905/1906)
6. El diagnóstico psicológico forense (1906/1941)
7. Asociación, sueño y síntoma histérico (1906/1909)
8. El significado psicopatológico del experimento de asociación (1906)
9. Sobre los trastornos de reproducción en el experimento de asociación (1907/1909)
10. El método de asociación (1910)
11. La constelación familiar (1910)

* Los paréntesis indican las fechas de publicación de originales y revisiones. Los corchetes señalan la fecha de elaboración del texto.

INVESTIGACIONES PSICOFÍSICAS

12. Sobre los fenómenos psicofísicos concomitantes en el experimento de asociación (1907)
13. Investigaciones psicofísicas con el galvanómetro y el pneumógrafo en sujetos normales y enfermos mentales (C. G. Jung y F. Peterson, 1907)
14. Nuevas investigaciones sobre el fenómeno galvánico y la respiración en sujetos normales y enfermos mentales (C. G. Jung y C. Ricksher, 1907)
15. Datos estadísticos del alistamiento de reclutas (1906)
16. Nuevos aspectos de la psicología criminal (1906/1908)
17. Los métodos de investigación psicológica usuales en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Zúrich (1910)
18. Breve panorama de la teoría de los complejos ([1911] 1913)
19. Acerca del diagnóstico psicológico forense: el experimento forense en el proceso judicial ante jurado en el caso Náf (1937)

Volumen 3. PSICOGÉNESIS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

1. Sobre la psicología de la *dementia praecox-.* un ensayo (1907)
2. El contenido de la psicosis (1908/1914)
   Apéndice: Sobre la comprensión psicológica de los procesos patológicos (1914)
3. Crítica de *La teoría del negativismo esquizofrénico* de E. Bleuler (1911)
4. Sobre el significado de lo inconsciente en psicopatología (1914)
5. Sobre el problema de la psicogénesis en las enfermedades mentales (1919)
6. Enfermedad mental y alma (1928)
7. Sobre la psicogénesis de la esquizofrenia (1939)
8. Consideraciones recientes acerca de la esquizofrenia (1956/1959)
9. La esquizofrenia (1958)

Volumen 4. FREUD Y EL PSICOANÁLISIS

1. La doctrina de Freud acerca de la histeria: réplica a la crítica de Aschaffenburg (1906)
2. La teoría freudiana de la histeria (1908)
3. El análisis de los sueños (1909)
4. Una contribución a la psicología del rumor (1910/1911)
5. Una contribución al conocimiento de los sueños con números (1910/1911)
6. Reseña crítica del libro de Morton Prince *The Mechanism and Jnterpretation ofDreams* (1911)

7. Acerca de la crítica al psicoanálisis (1910)
8. Acerca del psicoanálisis (1912)
9. Ensayo de exposición de la teoría psicoanalítica (1913/1955)
10. Aspectos generales del psicoanálisis (1913)
11. Sobre psicoanálisis (1916)
12. Cuestiones psicoterapéuticas actuales (Correspondencia Jung/Loy) (1914)
13. Prólogos a los *Collected Papers on Analytical Psychology* (1916/1917/1920)
14. El significado del padre para el destino del individuo (1909/1949)
15. Introducción al libro de W. Kranefeldt *Die Psychoanalyse* (1930)
16. La contraposición entre Freud y Jung (1929)

Volumen 5. SÍMBOLOS DE TRANSFORMACIÓN (1952)

[Reelaboración del libro *Transformaciones y símbolos de la libido* (1912)]

Volumen 6. TIPOS PSICOLÓGICOS

1. Tipos psicológicos (1921/1960)
2. Sobre la cuestión de los tipos psicológicos (1913)
3. Tipos psicológicos (1925)
4. Tipología psicológica (1928)
5. Tipología psicológica (1936)

Volumen 7. DOS ESCRITOS SOBRE PSICOLOGÍA ANALÍTICA

1. Sobre la psicología de lo inconsciente (1917/1926/1943)
2. Las relaciones entre el yo y lo inconsciente (1928)
3. Nuevos rumbos de la psicología (1912)
4. La estructura de lo inconsciente (1916)

Volumen 8. LA DINÁMICA DE LO INCONSCIENTE

1. Sobre la energética del alma (1928)
2. La función transcendente ([1916] 1957)
3. Consideraciones generales sobre la teoría de los complejos (1934)
4. El significado de la constitución y la herencia para la psicología (1929)
5. Determinantes psicológicos del comportamiento humano (1936/1942)
6. Instinto e inconsciente (1919/1928)

7. La estructura del alma (1927/1931)
8. Consideraciones teóricas acerca de la esencia de lo psíquico (1947/1954)
9. Puntos de vista generales acerca de la psicología del sueño (1916/1948)
10. De la esencia de los sueños (1945/1948)
11. Los fundamentos psicológicos de la creencia en los espíritus (1920/1948)
12. Espíritu y vida (1926)
13. El problema fundamental de la psicología actual (1931)
14. Psicología Analítica y cosmovisión (1928/1931)
15. Realidad y suprarrealidad (1933)
16. El punto de inflexión de la vida (1930-31)
17. Alma y muerte (1934)
18. Sincronicidad como principio de conexiones acausales (1952)
19. Sobre sincronicidad (1952)

Volumen 9/1. LOS ARQUETIPOS Y LO INCONSCIENTE COLECTIVO

1. Sobre los arquetipos.de lo inconsciente colectivo (1934/1954)
2. Sobre el concepto de inconsciente colectivo (1936)
3. Sobre el arquetipo con especial consideración del concepto de *anima* (1936/1954)
4. Los aspectos psicológicos del arquetipo de la madre (1939/1954)
5. Sobre el renacer (1940/1950)
6. Acerca de la psicología del arquetipo del niño (1940)
7. Acerca del aspecto psicológico de la figura de la Core (1941/1951)
8. Acerca de la fenomenología del espíritu en los cuentos populares (1946/1948)
9. Acerca de la psicología de la figura del picaro (1954)
10. Consciencia, inconsciente e individuación (1939)
11. Acerca de la empiria del proceso de individuación (1934/1950)
12. Sobre el simbolismo del mándala (1938/1950)
13. Mándalas (1955)

Volumen 9/2. AION (1951)

Volumen 10. CIVILIZACIÓN EN TRANSICIÓN

Sobre lo inconsciente (1918)
Alma y tierra (1927/1931)
El hombre arcaico (1931)
El problema anímico del hombre moderno (1928/1931)
Sobre el problema amoroso del estudiante universitario (1928)

6. La mujer en Europa (1927)
7. El significado de la psicología para el presente (1933/1934)
8. Acerca de la situación actual de la psicoterapia (1934)
9. Prólogo al libro *Reflexiones sobre la historia actual* (1946)
10. Wotan (1936/1946)
11. Después de la catástrofe (1945/1946)
12. El problema de la sombra (1946/1947)
13. Epílogo a *Reflexiones sobre la historia actual* (1946)
14. Presente y futuro (1957)
15. Un mito moderno. De cosas que se ven en el cielo (1958)
16. La conciencia moral (1958)
17. El bien y el mal en la Psicología Analítica (1959)
18. Prólogo al libro de Toni Wolff *Studien zu C. G. Jungs Psychologie* (1959)
19. El significado de la línea suiza en el espectro de Europa (1928)
20. El amanecer de un mundo nuevo. Reseña del libro de H. Keyserling: *Amerika. Der Aufgang einer neuen Welt* (1930)
21. Reseña de H. Keyserling *La révolution mondiale et la responsabilité de l'esprit* (1934)
22. Complicaciones de la psicología norteamericana (1930)
23. El mundo ensoñador de la India (1939)
24. Lo que la India puede enseñarnos (1939)
25. Apéndice: Nueve comunicaciones breves (1933-1938)

Volumen 11. ACERCA DE LA PSICOLOGÍA DE LA RELIGIÓN OCCIDENTAL Y DE LA RELIGIÓN ORIENTAL

RELIGIÓN OCCIDENTAL

1. Psicología y religión (Terry Lectures) (1938/1940)
2. Ensayo de interpretación psicológica del dogma de la Trinidad (1942/1948)
3. El símbolo de la transubstanciación en la misa (1942/1954)
4. Prólogo al libro de V. White *God and the Unconscious* (1952)
5. Prólogo al libro de Z. Werblowsky *Lucifer and Prometheus* (1952)
6. Hermano Klaus (1933)
7. Sobre la relación de la psicoterapia con la cura de almas (1932/1948)
8. Psicoanálisis y dirección espiritual (1928)
9. Respuesta a Job (1952)

RELIGIÓN ORIENTAL

10. Comentario psicológico al *Libro Tibetano de la Gran Liberación* (1939/1955)
11. Comentario psicológico al *Libro Tibetano de los Muertos* (1935/1960)

12. El yoga y Occidente (1936)
13. Prologo al libro de D.T. Suzuki *La Gran Liberación. Introducción al budismo zen* (1939/1958)
14. Acerca de la psicología de la meditación oriental (1943/1948)
15. Sobre el santón hindú. Introducción al libro de H. Zimmer *L)er Weg zum Selbst* (1944)
16. Prólogo al *I Ching* (1950)

Volumen 12. PSICOLOGÍA Y ALQUIMIA (1944)

Volumen 13. ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES ALQUÍMICAS

1. Comentario al libro *El secreto de la Flor de Oro* (1929)
. El espíritu Mercurius (1943/1948)
. Las visiones de Zósimo (1938/1954)
. Paracelso como fenómeno espiritual (1942)
. El árbol filosófico (1945/1954)

Volumen 14/1. MYSTERIUM CONIUNCTIONIS I (1955)

Volumen 14/2. MYSTERIUM CONIUNCTIONIS II (1956)

Volumen 15. SOBRE EL FENÓMENO DEL ESPÍRITU EN EL ARTE Y EN LA CIENCIA

1. Paracelso (1929)
2. Paracelso como médico (1941/1942)
3. Sigmund Freud como fenómeno histórico-cultural (1932)
4. Sigmund Freud. Necrología (1939)
5. En memoria de Richard Wilhelm (1930)
6. Sobre la relación de la Psicología Analítica con la obra de arte poética (1922)
7. Psicología y poesía (1930/1950)
8. *Ulises:* un monólogo (1932)
9. Picasso (1932)

Volumen 16. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

PROBLEMAS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA

1. Consideraciones de principio acerca de la psicoterapia práctica (1935)
2. ¿Qué es psicoterapia? (1935)
3. Algunos aspectos de la psicoterapia moderna (1930)
4. Metas de la psicoterapia (1931)
5. Los problemas de la psicoterapia moderna (1929)
6. Psicoterapia y cosmovisión (1943/1946)
7. Medicina y psicoterapia (1945)
8. La psicoterapia en la actualidad (1945/1946)
9. Cuestiones fundamentales de psicoterapia (1951)

PROBLEMAS ESPECIALES DE LA PSICOTERAPIA

10. El valor terapéutico de la abreacción (1921/1928)
11. La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños (1934)
12. La psicología de la transferencia (1946)

Volumen 17. EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

1. Sobre conflictos del alma infantil (1910/1946)
2. Introducción al libro de F. G. Wickes: *Analyse der Kinderseele* (1927/1931)
3. Sobre el desarrollo y la educación del niño (1928)
4. Psicología Analítica y educación (1926/1946)
5. El niño superdotado (1943)
6. El significado de lo inconsciente para la educación individual (1928)
7. Del devenir de la personalidad (1934)
8. El matrimonio como relación psicológica (1925)

Volumen 18/1. LA VIDA SIMBÓLICA

1. Sobre los fundamentos de la Psicología Analítica (1935)
2. Símbolos e interpretación de sueños (1961)
3. La vida simbólica (1939)
Complementos a los volúmenes 1, 3 y 4 de la *Obra Completa*

Volumen 18/2. LA VIDA SIMBÓLICA

Complementos a los volúmenes 5, 7-17 de la *Obra Completa*

Volumen 19. BIBLIOGRAFÍA

Los escritos publicados de C. G. Jung
Obras originales y traducciones
La *Obra Completa* de C. G. Jung
Seminarios de C. G. Jung

Volumen 20. ÍNDICES GENERALES DE LA OBRA COMPLETA

B. SEMINARIOS

Conferencias en el Club Zofingia ([1896-1899] 1983)
Análisis de sueños ([1928-1930] 1984)
Sueños infantiles ([1936-1941] 1987)
Sobre el Zaratustra de Nietzsche ([1934-39] 1988)
Psicología Analítica ([1925] 1989)
La psicología del yoga Kundalini ([1932] 1996)
Visiones ([1930-1934] 1998)

C. AUTOBIOGRAFÍA

Recuerdos, sueños, pensamientos (con A. Jaffé) (1961)

D. EPISTOLARIO

Cartas I [1906-1945] (1972)
Cartas II [1946-1955] (1972)
Cartas III [1956-1961] (1973)
Correspondencia Freud/Jung (1974)

E. ENTREVISTAS

Conversaciones con Cari Jung y reacciones de A. Adler, de I. Evans *(The Houston films)* (1946)
Encuentros con Jung (1977)